

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1961

N°

THESE

532

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

GAROUI MOHAMED EL HACHMI

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

Né le 7 Janvier 1931 à KAIROUAN, Tunisie

Présentée et soutenue publiquement le 1961

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES

KYSTES BILIAIRES
SIMPLES DU FOIE

ETUDE LAPAROSCOPIQUE et GAMMAGRAPHIQUE

à PROPOS de 6 OBSERVATIONS PERSONNELLES

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR L. JUSTIN-BESANCON

Roger VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1961

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

GAROUI MOHAMED EL HACHMI

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

Né le 7 Janvier 1931 à KAIROUAN, Tunisie

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES

KYSTES BILIAIRES

SIMPLES DU FOIE

ETUDE LAPAROSCOPIQUE et GAMMAGRAPHIQUE

à PROPOS de 6 OBSERVATIONS PERSONNELLES

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR L. JUSTIN-BESANCON

Roger VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1961

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

GAROUI MOHAMED EL HACHMI

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

Né le 7 Janvier 1931 à KAIROUAN, Tunisie

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES

KYSTES BILIAIRES SIMPLES DU FOIE

ETUDE LAPAROSCOPIQUE et GAMMAGRAPHIQUE

à PROPOS de 6 OBSERVATIONS PERSONNELLES

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR L. JUSTIN-BESANCON

Roger VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.),
 CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBPE (R.),
 DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.),
 HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.),
 LEVY SOLAL (E.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.),
 MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), OLIVIER (E.), PAS-
 TEUR VALLERY RADOT, PETIT-DUTAILLIS, RICHET (C.), STROHL (A.), TANON(L.).

DOYEN

L. BINET

Membre de l'Institut

ASSESEUR

Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie

" (Prof. à titre personnel)

Anatomie Pathologique

Anesthésiologie

Bactériologie

Biochimie médicale

" " (Prof. à titre personnel)

Biologie appliquée à l'Ed. Physique et aux Sports

Biologie médicale

" " (Prof. à titre personnel)

Cancérologie médicale et sociale

Clinique carcinologique chirurgicale
 (Institut G.ROUSSY)

Clinique cardiologique (Broussais)
 (Beaujon)
 (Cochin)

Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu)
 (Saint-Antoine)
 (Salpêtrière)

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique
 (Enfants Malades)

Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice
 (Cochin)

CORDIER G.

DELMAS (A.)

DELARUE (J.)

BAUMANN (J.)

FASQUELLE (R.)

JAYLE (M.P.)

SCHAPIRA (G.)

CHAILLEY-BERT (P.)

FAUVERT (R.)

BOURLIERE (F.)

BERNARD (J.)

REDON (H.)

MOUQUIN (M.)

SICARD (A.)

QUENU (J.)

PATEL (J.)

GOSSET (J.)

MOULONGUET (P.)

FEVRE (M.)

MERLE d'AUBIGNE

Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MM. GAUDART d'ALLAINES
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire (Lœnnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enf. Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Cl. Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
(Boucicaut	LENEGRE (J.)
(Broussais	SOULIE (P.)
Cliniques médicales (Cochin	JUSTIN BESANCON
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
(Pitié	DREYFUS (G.)
(Saint Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Richet)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	de GENNES (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque)	LACOMME (M.)
(Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enf. Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Lœnnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)

Biologie appliquée à l'Ed.Physique et aux Sports
Carcinologie

Dermato-Syphiligraphie
Electro-Radiologie
Embryologie

Hématologie

Histologie

Hydrologie
Hygiène

Maladies infectieuses

Médecine Légale

Médecine du Travail

Neurologie

Obstétrique

Ophtalmologie

Orthopédie

Oto-rhino-laryngologie
Parasitologie

Pathologie Chirurgicale

MM.

PLAS (F.)
DENOIX (P.)
MATHE (G.)
DUPERRAT (B.)
LEDoux-LEBARD (G.)
TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)

Pr. s. ch.
BILSKI-PASQUIER
DAUSSET (J.)
COUJARD (R.)
Pr. s. ch.
MAROIS (M.)
RACADOT (J.)
CORNET (A.)
BOYER (J.)
Pr. s. ch.

Mme CORRE-HURST (L.)

MM. BASTIN (R.)
DUPONT (V.)
DEROBERT (L.)
Pr. s. ch.
HADENGUE (A.)
FOURNIER (E.)
GUENIOT (M.)
ALBAHARY (C.)
HERMITTE (F.)
GRANJON (A.)
HERVET (E.)
LE DORIER (G.)
MORIN (P.)
MUSSET (R.)
ROBEY (M.)

TROYER-ROZAT (J.)

BREGEAT (P.)
SARAUX (H.)
JUDET (R.)
RAMADIER (J.)
DEBAIN (J.)
BRUMPT (L.C.)

Pr. s. ch.
CHABAUD (A.)
BARCAT (J.)
BINET (J.P.)
CAUCHOIX (J.)
CHATELIN (C.L.)

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
(Lariboisière)

MM. SEZE (S. de)

Histologie

VERNE (J.)

Hygiène et Clinique de la première enfance
(Trousseau)

TURPIN (R.)

Hygiène et Médecine préventive

JOANNON (P.)

Hygiène et Médecine préventive (Prof. à titre pers.)

DEPARIS (M.)

Médecine du travail

DESOILLE (M.)

Médecine légale

PIEDELIEVRE (R.)

Parasitologie

GALLIARD (H.)

Pathologie chirurgicale

COUVELAIRE (R.)

Pathologie exotique

LAVIER (G.)

Pathologie expérimentale et comparée

MERKLEN (F.P.)

Pathologie médicale

MILLIEZ (P.)

Pathologie et thérapeutique générales

GARCIN (R.)

Pharmacologie

CHEYMOL (J.)

" (Prof. à titre personnel)

LEVY (Melle J.)

Physiologie

BINET (L.)

" (Prof. à titre personnel)

BARGETON (D.)

Physique médicale

DOGNON (A.)

" " (Prof. à titre personnel)

DJOURNO (A.)

Radiologie médicale

DESGREZ (M.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale

LEGER (L.)

Thérapeutique

BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES

Anatomie

DABROL (C.)

COUINAUD (C.)

OLIVIER (G.)

Anatomie Pathologique

Melle GAUTHIER-VILLARD (P.)

Pr. s. ch.

MM. BUSSER

GOUYGOU (Ch.)

ORCEL (L.)

PAILLAS (J.)

VOURCH

Anesthésiologie

NEVOT (A.) Pr. s. ch.

Bactériologie

BARBIER (P.)

CHRISTOL (D.)

Biochimie médicale

DESGREZ (P.)

(Pr. s. ch.)

POLONOVSKI (J.)

M. conf.

Physiologie	MM. PARROT (J.) Pr. s. ch.
Physique médicale	DEJOURS (P.)
	GOUJEROT (L.) M. Conf.
	Pr. s. ch.
Pneumo-Phtisiologie	KELLERSHOHN
Psychiatrie	KREIS (S.)
Psychiatrie infantile	PICHOT (P.)
Rhumatologie	DUCHÉ (D.)
Stomatologie	DELBARRE (F.)
	CERNEA (P.)
	Mme A. CHAPUT, M. Conf. Agr.
	GRELLET (M.)
Thérapeutique	MM. CHASSAGNE (P.)
	LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE

CLINIQUE ANNEXE (à titre permanent)

Anatomie	MM. DEBEYRE
Clinique Chirurgicale	ABOULKER (P.)
	MMELINE (A.)
	(Pr. s. ch.)
	HUGUIER (J.)
	CLIVIER (C.)
	PADOVANI (P.)
	POILLEUX (F.)
	ROUX (M.)
	VERNE (J. M.)
Clinique médicale	BOUDIN (G.)
	CONTE (M.)
	DOMART (A.)
	PERRAULT (M.)
	RAMBERT (P.)
	THIEFFRY (S.)
	TURIAF (J.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.)
	LEPAGE (F.)
	MAYER (M.)
	RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)

Pathologie Chirurgicale

MM. DUBOST (Ch.)
DUBOST (Cl.)
FAUREL (J.)
FLABEAU (F.)
GERMAIN (A.)
LAURENCE (G.)
agr. pér.
LORTAT-JACOB (J.L.)
LOYGUE (J.)
MERCADIER

Pathologie exotique

Pathologie expérimentale

Pathologie médicale

PERRON (J.)
ROBERT (H.)
THOMERET (G.)
SCHNEIDER (J.)
CROSNIER (J.)
HARTMANN (L.)
LOEPER (J.)
MAURICE (J.)
RICHEL (G.)
AUSSANNAIRE (M.)
BOUR (H.)
BOUVIER (J.)
BRICAIRE (H.)
BRISSAUD (H.)
BROCARD (H.)
BUGE (A.)
CASTAIGNE (P.) M. Conf.
CATINAT (J.)
CONTAMIN (F.)
COURY (C.)
FREZAL (J.)
HOUSSET (E.)
LAROCHÉ (R.)
LESOBRE (R.)
MACREZ (C.)
NICK (J.)
PEQUIGNOT (H.) M. Conf.
ROYER (P.)
WOLFROMM (R.)
JOSEPH (R.)
MANDE (R.)
MOZZICONACCI (C.)
ROSSIER (A.)
BOISSIER (J.)
LECHAT (P.)

Pédiatrie - Puériculture

Pharmacologie

Clinique ophtalmologique	MM. AFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES

ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P.)
	Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.)
	Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.)
	Pr. s. ch.
Secrétaire Général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires : Mme BEURLAND (H.), Melle CHAINTREUIL (G.)Melle HURE(A.)	
Conservateur en Chef	Monsieur le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.M.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.)
	Melles LAURENT (H.), LE NOIR (G.),QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

En témoignage de ma profonde affection,

A tous mes Amis.

A Monsieur le Professeur JUSTIN-BESANCON,
Membre de l'Académie Nationale de Médecine
Professeur de Clinique Médicale de l'Hôpital COCHIN
Officier de la Légion d'Honneur,

En témoignage de notre profond respect
et de notre vive gratitude pour le grand honneur
qu'il nous a fait de bien vouloir accepter la
présidence de cette thèse.

A notre Maître, le Docteur Jacques CAROLI

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

qui nous a inspiré ce travail et
guidé dans sa réalisation ;

qu'il trouve ici l'hommage de
notre reconnaissance pour ses conseils,
son brillant enseignement et la confiance
dont il nous a honoré pendant notre séjour
dans son Service.

A notre Maître, le Docteur René CATTAN

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

En témoignage de gratitude pour
l'aimable accueil qu'il nous a réservé dans
son Service, et pour l'enseignement précieux
qu'il nous a prodigué avec une bienveillance
paternelle.

A Monsieur le Docteur André PARAF

Médecin des Hôpitaux de Paris

En remerciement pour son aide, ses
conseils, et son enseignement, qui nous furent
si précieux.

A Mademoiselle le Docteur Paulette RICORDEAU

En témoignage de gratitude pour
nous avoir initié à la leperoscopie avec
patience et bienveillance.

A nos Maîtres d'Externat dans les Hôpitaux de Paris :

Monsieur le Professeur	M. CACHIN	1955
Monsieur le Professeur	J. SENEQUE	1955
Monsieur le Professeur	G. BROUET	1956
Monsieur le Professeur	J. LENEGRE	1956
Monsieur le Docteur	P. MALLET	1957
Monsieur le Docteur	P. PORCHER	1959
Monsieur le Professeur	Ch. DEBRAY	1960

qu'ils trouvent ici l'hommage de
notre reconnaissance pour tout ce qu'ils nous
ont enseigné.

INTRODUCTION

Le kyste biliaire simple ou cytéadénome biliaire est une malformation très probablement congénitale, contenant un liquide d'aspect variable, et tapissée d'un épithélium cylindro-cubique rappelant celui des canaux biliaires.

C'est une affection rare puisque le nombre de ces publiés ne dépasse pas, actuellement, 230. Elle pose de nombreux problèmes étiopathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques.

Le pathogénie a été suscitée de très nombreuses discussions, mais, à l'heure actuelle, la majorité des auteurs considèrent ces kystes comme des formations dysembryoplasiques.

Dans ce travail, nous rapporterons en détail 6 observations de kystes biliaires que nous avons recueillis dans le Service de notre Maître, le Docteur J. CAROLI, à l'Hôpital Saint-Antoine.

A partir de ces 6 observations et des très nombreux travaux cliniques et anatomo-pathologiques dont nous rappellerons les étapes à propos de l'historique, nous ferons d'abord une étude succincte de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la clinique.

Nous étudierons ensuite les renseignements fournis par les examens complémentaires en insistant particulièrement sur les trois méthodes récentes que sont la laparoscopie, la gammagraphie au Rose Bengale ou à l'or marqué et la cholangiographie intra-veineuse morphinique avec tomographies.

Nous nous attacherons enfin à l'étude des nombreux problèmes thérapeutiques posés par ces kystes.

OBSERVATION N° 1

Madame CAL... , 77 ans.

Est hospitalisée dans le Service du Docteur CAROLI,
le 13.6.1950, pour augmentation du volume de l'abdomen.

Histoire de la maladie :

En avril 1950, le malade a constaté cette augmentation de volume de son abdomen surtout à la taille, ses vêtements devenant trop étroits.

Ce symptôme est absolument isolé : il n'y a ni douleur, ni fièvre, ni ictère.

L'état général est excellent.

Le N.G.F.S. est normale :

. G.R. : 4.520.000	avec :	. Poly neutro : 52 %
. G.B. : 5.600		. Poly éosino : 3 %

Examen à l'entrée :

Masse de l'hypochondre droit : indolore, lisse, arrondie, régulière, rénitente et mate à la percussion.

Elle est nettement limitée et mobilisable surtout de droite à gauche.
Cette masse paraît appendue au bord inférieur du foie qui déborde de 7 cm. le rebord costal sur la ligne mamellaire. Pas de splénomégalie, pas d'ascite.

Le reste de l'examen est entièrement négatif.

Laparoscopie : Docteur FOURES.

Tumeur d'allure kystique, développée aux dépens de la région antérieure du foie. Il semble s'agir d'un kyste hydatique, mais la réaction de CASONI est négative et l'éosinophilie est à 3 %.

(+) - Cette observation a déjà été publiée par ABOLFATI (Semaine des Hôpitaux, 28, 1952, p. 141-143).

Intervention : Docteur CHAMPEAU.

"Il s'agit bien d'un kyste du foie, situé à distance et à droite de la vésicule biliaire qui est normale.

Le kyste est développé aux dépens du bord antérieur et de la face antérieure du foie. Le clivage en est facile, sur presque toute son étendue, sauf près du bord antérieur qu'on est obligé de reséquer."

Bonnes suites opératoires.

Guérison complète.

Anatomie pathologique :

Le kyste, du volume d'un gros melon, a une paroi blanchâtre, presque transparente, et contient un liquide clair dont voici la composition chimique :

. cholestérol total	:	1,40 g.°/°°	
. cholestérol estérifié	:	0,28 g.°/°°	
. lipides totaux	:	3,50 g.°/°°	
. phospholipides	:	0,20 g.°/°°	
. protides totaux	:	91,60 g.°/°°	
. <u>S.A.</u>	:	<u>62,4</u>	= 2,13
SG		29,20	

/ Mucine très faible quantité.

Examen histologique: Docteur FETVE.

"Le kyste apparaît limité par une membrane constituée par un revêtement épithélial éminci endothéliiforme reposant sur un plan fibreux relativement épais fait de plusieurs assises de fibres élastiques. Ce plan, au niveau de la zone d'insertion du kyste sur le foie, se confond avec la capsule de Glisson. La coupe montre étendue au kyste une petite aire de parenchyme hépatique et dans les zones portales entourant les ramifications des canaux biliaires, un épaissement considérable de l'adventice et de ses vaisseaux qui se confond avec les zones fibreuses très denses assez localisées et assez richement infiltrées de cellules sans polynucléaires."

OBSERVATION N° 2

Madame AVR..., 22 ans.

Fut hospitalisé dans le Service du Docteur CAROLI,
le 24.10.1952, pour le diagnostic d'un "kyste hépatique".

Antécédents ;

Mariée ; 2 accouchements normaux
2 enfants bien portants.

Appendicectomie à 8 ans.

Le début apparent de la maladie remonte au mois de Septembre 1952 par :

- une tuméfaction sous-costale droite, augmentant progressivement de volume, perçue par la malade elle-même.

Elle s'accompagnait de :

- douleurs épigastriques post-prandiales calmées par des vomissements faciles "en fusée",
- anorexie modérée et léger amaigrissement.

L'examen au cours de l'hospitalisation :

Vomissements et douleurs ont cessé.

Le palpation perçoit :

- une tuméfaction de l'hypochondre droit dépassant le rebord costal d'un travers de main, indolore, lisse, semblent être une hépatomégalie.

Pas de splénomégalie, pas d'ascite ni de circulation collatérale.

Le reste de l'examen est négatif.

Le laparoscopie pratiquée par le Docteur P. RICORDEAU montre :

"Enorme tumeur soulevant le lobe droit dont elle est séparée par un sillon à l'extrémité droite de celui-ci mais avec lequel elle fait corps partout ailleurs.

Le vésicule est nettement accolée à cette tumeur, ce qui signe sa nature hépatique. Son aspect est très variable, selon les endroits, sans avoir jamais les apparences du parenchyme hépatique lui-même,

elle est rouge foncé avec par place une membrane verdâtre qui évoque un kyste. Le lobe gauche est mince, intact."

La malade fut opérée le 27 Octobre 1952, par le Docteur SOUPAULT, dont voici le compte-rendu opératoire :

"Incision sous-costale droite un peu longue. Bon accès. Le foie est à sa partie moyenne distendu par une grosse masse évidemment kystique, centro-hépatique, occupant le lobe carré et débordant vers la face supérieure et loin en arrière. Le bord antérieur est étalé, la vésicule étroitement accolée à la zone kystique et rejetée vers la droite, le ligament rond vers la gauche.

Ponction qui ramène un liquide jaune ocre foncé, mais transparent.

Incision franche de la cavité kystique : les doigts permettent, après vidange à l'aspirateur, d'explorer sur une profondeur de 15 cm.

On tente alors l'extirpation en écartant la vésicule de son lit qui devra être reséqué sur la moitié de sa hauteur.

Ligatures au catgut passées sur le foie à la partie gauche.

En pénétrant à une certaine profondeur on découvre le plan de clivage impossible à mettre en évidence en avant où le tissu hépatique était laminé. Grâce à ce clivage, toute la poche kystique peut donc être enlevée. On doit poser quelques pinces en cours de route sur des censeaux venant du tissu hépatique et abordant le paroi kystique.

Les ligatures terminées, un gros rameau de la veine porte saigne au fond de la loge. On avougle la brèche très fragile avec trois pinces qu'on laisse à demeure, entourées de coelgan. Une mèche dans la cavité hépatique ainsi obtenue, sortant avec les pinces par le milieu de la laparotomie.

Aucun autre drainage.

Pénicilline et Streptomycine.

Paroi en un plan au double crin."

L'analyse chimique du liquide retiré donne les résultats suivants :

. cholestérol total	: 1,08 g.°/°.
. lipides totaux	: 2,15 g.°/°.
. phospholipides	: 0,65 g.°/°.

L'examen histologique de la paroi du kyste pratiqué par le Docteur ETEVE permet de conclure : "Aspect typique de Kyste biliaire."

La malade quitte le Service complètement guérie.

OBSERVATION N° 3

Mademo FOU , 55 ans.

Elle était adressée dans le Service du Docteur CAPOLI
par le Docteur CORRE, de Troyes, pour :

"Laparoscopie demandée pour tuméfaction douloureuse de l'hypochondre
droit paraissant faire corps avec le foie et que la cholécystographie
a montré ne pas être la vésicule",

Antécédents :

1936 : Appendicectomie.

1950 : Hystérectomie totale avec ablation bilatérale des annexes (Rien
à l'examen macroscopique de la pièce ne faisait penser à une
néoplasie maligne).

1952 : Hématurie (Cystoscopie normale).

Histoire de la maladie :

Février 1955 : 1ère crise douloureuse de l'hypochondre droit, avec
fièvre, nausées et inhibition respiratoire.

Février 1956 : 2ème crise identique, au décours de laquelle on découvre
une hépatomégalie.

Juin 1956 : 3ème crise douloureuse semblable aux précédentes, le
médecin traitant perçoit une tuméfaction hépatique et
demande de nombreux examens complémentaires :

1.- Une cholécystographie par voie orale qui montre une vésicule
normale.

2.- Une biologie hépatique

- . tests de flocculation : normaux
- . cholestérol total : 2,50 g.°/..
- . cholestérol estérifié : 1,20 g.°/..

Rapport : 0.48

- . gælectosurie provoquée : normale.

. N.G. F.S.

G.R. :	4.890.000	Poly Neutro :	55 %
G.B. :	7.600	Poly éosino :	1 %
Hb :	95 %	Poly Beso :	1 %
V.G. :	0,97	Monocytes :	4 %
		Lymphocytes :	39 %

Pas de formes anormales.

Examen à l'entrée dans le service le 20 Novembre 1956.

Malade en bon état général.

Dès l'inspection, on note une voissure de l'hypochondre droit, avec élargissement de la base droite.

A la palpation : tuméfaction arrondie, lisse, régulière, ferme, dont le bord inférieur est perçu à un travers de main du rebord costal. Elle est légèrement douloureuse. Elle est mate à la percussion.

Le foie est augmenté de volume, on palpe son bord inférieur dans la région épigastrique à 3 travers de doigt du rebord costal. Il n'y a ni splénomégalie, ni ascite, ni circulation collatérale. Le reste de l'examen est négatif.

Examens complémentaires pratiqués dans le service :

1.- Biologie :

- . réaction de Casoni : négative.
- . réaction de Weinberg : négative.
- taux de prothrombine : 85 %
- urée sanguine : 0,35 g./100.

. N.G. F.S. :

G.R. :	4.255.000	Poly neutro :	54	} 57 %
G.B. :	5.725	Poly éosino :	3	
Hb :	90 %	Grands lympho :	25	} 43 %
V.G. :	1,04	Petits lympho :	8	
		Monocytes :	10	

2.- Laparoscopie pratiquée par le Docteur P. RIVORDEAU le 23 Novembre 1956.
"Porte d'entrée : flanc droit.

Enorme kyste (petit melon occupant tout l'hypochondre droit).

La vésicule est saine repoussée dans le sinus costo-pariétal.

Le foie est longtemps cherché : il n'en reste qu'une mince lame de 1 cm. à peine d'épaisseur qui coiffe en haut la masse kystique.

Il n'y a pas de solution de continuité entre le kyste et le foie.

Il s'agit donc d'un kyste hépatique ayant détruit la presque totalité du lobe droit.

Le kyste est à paroi bloutée avec d'énormes nombreux vaisseaux, il est tendu à éclater. Hypertrophie compensatrice du lobe gauche qui est épaissi de teinte un peu claire."

3.- L'angiocholégographie intra-veineuse :

a.- Sur le cliché tiré à la 15ème minute : tous les canaux intra-hépatiques du lobe droit et du lobe gauche sont bien remplis et un peu dilatés/ Il existe donc un syndrome de remplissage précoce et excessif des voies biliaires.

La 2ème anomalie est la suivante : bien que le cliché soit pris en procubitus antérieur gauche, "Les plateaux de la balance sont faussés" (Dr. CAROLI). Toute la ramure du lobe droit est relevée, elle se trouve à la hauteur de la ramure du lobe gauche : Il y a donc un refoulement anormal du parenchyme hépatique droit sous la coupole diaphragmatique.

b.- Malgré cette stase intra-hépatique, dès la 30ème minute, la vésicule apparaît :

c.- A la 45ème minute, elle est parfaitement bien opacifiée.

d.- le cliché pris à 1h.15 donne l'image d'ensemble la plus significative :
• les canaux intra-hépatiques sont encore bien remplis,
• le cholédoque et l'hépatique sont déviés vers la gauche,
• le cystique est extra-ordinairement étiré,
• la vésicule refoulée vers la droite.

Mais ce qu'il faut remarquer surtout c'est que, entre les voies intra-hépatiques encore opacifiées, le canal hépatique commun arciforme vers la gauche, le cystique étiré et la vésicule quasi-extériorisée, en bas, il y a toute une aire radiologiquement à peu près vide qui répond parfaitement à la tumeur kystique.

4.- La splénoportographie :

Montre une veine splénique et un tronc porte normaux. Sur le cliché n° 6 on voit une parfaite opacification des rameaux portes intra-hépatiques du lobe gauche, alors qu'à droite il existe une grosse lacune identique à celle qu'on a vu sur l'angiocholégographie.

Intervention : Docteurs CUINAUD et BUCAILLE, le 27 Décembre 1956.

"Incision oblique de l'hypochondre droit que l'on prolonge sur le thorax le long de la 8ème côte, avec ouverture de la plèvre.

La tumeur kystique siège en fait à gauche de la vésicule biliaire qui est vide, refoulée par la tumeur ; elle est développée à la face inférieure du lobe serré, franchit le bord inférieur du ligament suspenseur, et adhère à la face inférieure du lobe gauche.

Elle est de la grosseur d'un petit melon ; elle est nettement extra-hépatique. Le reste du foie est entièrement normal à la palpation et à l'inspection. La ponction évacuatrice, faite en se protégeant de champs formolés, ramène un liquide brunâtre ; la tumeur s'affaisse complètement et ne semble pas renfermer de vésicule filles ; on injecte 50 cc. de formol à 2 %.

La paroi kystique est libérée de proche en proche, la vésicule est d'abord libérée. Se méfiant d'une communication biliaire au niveau du hile auquel adhère la paroi de façon intime, on pratique une cholangiographie à la seringue qui montre un arbre biliaire normal ; l'injection est faite par voie vésiculaire, la simple évacuation du kyste ayant été suivie d'un remplissage de la vésicule. L'exérèse est terminée après ligature d'une vingtaine de pédicules vasculaires venus du parenchyme hépatique et se terminent sur la paroi même du kyste.

Après ablation, on voit 3 grosses veinules portes à la face inférieure du lobe carré, dans le lit du kyste. Deux d'entre elles saignent, l'une d'elles est liée en respectant l'artère et le canalicule biliaire correspondant, l'autre est suturée avec 2 points à la soie vasculaire. Nappe de gélatine imprégnée de thrombose dans le lit du kyste.

Drain aspiratif dans la plèvre, drain aspiratif abdominal dans la région sous-hépatique.

Paroi en lin et en nylon.

Se méfiant d'une fistule biliaire au niveau du lit kystique pouvant être déterminée par une hypertension oddienne post-opératoire, on a préféré pratiquer une cholécystotomie sur sonde de Pezzer."

L'examen anatomo-pathologique de la paroi du kyste :

A été pratiqué par le Docteur ETEVE, qui conclut :

Kyste biliaire simple.

Les suites opératoires ont été bonnes et le malade quitte l'hôpital en parfait état.

OBSERVATION N° 4

Madame NED... , 29 ans.

Mariée, mère de 2 enfants bien portants, sans aucun antécédent pathologique notable, entre dans le Service le 15.11.1960, sur les conseils du Docteur CAROLI pour le diagnostic d'une masse kystique du foie.

Histoire de la maladie :

Le début remonte à 1958. Il fut marqué par une douleur en barre sous-costale droite, violente, à irradiation sous-scapulaire droite, sans inhibition respiratoire, s'accompagnant de nausées et de vomissements sans fièvre, ni ictère. Cet épisode dura 4 à 5 jours et céda à un traitement par le Buscopan. A cette époque, son médecin traitant nota une hépatomégalie importante, le foie débordait le rebord costal du plus d'un travers de main dans le creux épigastrique.

Dans les mois qui suivirent, le malade signale quelques petits épisodes douloureux de l'hypochondre droit de faible intensité.

En 1959 : le malade n'a eu aucune douleur, et n'a consulté aucun médecin.

En 1960 : (Août) : réapparition des douleurs de l'hypochondre droit qui durèrent 7 à 8 jours. Le médecin traitant note une augmentation considérable de l'hépatomégalie et sur le calque le foie descend au-dessous de l'ombilic. Sur la face antérieure du foie, il note l'existence d'une grosse masse kystique. Il demande une réaction de Casoli qui se révèle négative et adresse le malade en consultation au Docteur CAROLI. Le Docteur CAROLI, malgré cette augmentation rapide du volume du foie, écarte le diagnostic de néoplasie primitive ou secondaire du foie, et devant la bonne conservation de l'état général, le caractère rénitent de la masse et le Casoli négatif, pose cliniquement le diagnostic de kyste biliaire simple et conseille l'hospitalisation pour laparoscopie et gammagraphie.

Examen à l'entrée le 15.11.1960 :

Malade en bon état général, apyrotique.

L'examen de l'abdomen noté dès l'inspection, une voussure surtout nette à droite, dont la limite inférieure passe au-dessous de l'ombilic et déborde à gauche la ligne médiane.

A la palpation :

Hépatomégalie considérable, le bord inférieur arrondi, moussé, descend au-dessus de l'ombilic. Sur la face antérieure, on sent nettement une grosse masse rénitente indolore.

L'auscultation ne décèle aucun souffle à son niveau.

Ce gros foie est isolé, il n'y a ni splénomégalie, ni circulation collatérale.

Le reste de l'examen est négatif.

Examens complémentaires :

1.- Biologie :

• N.C. F.S.

G.R. : 4.660.000

G.B. : 5.400

Hb : 100 %

V.G. : 1,07

Poly N.	: 64	} 68 %
Poly E.	: 2	
P. et M. Lympho	: 12	} 34 %
Grands lympho	: 14	
Monocytes	: 8	

• Glycémie : 0,85 g.°/°.

• Urée sanguine : 0,25 g.°/°.

• B.S.P. : rétention après 15' : 35 %
" 45' : 11 %

• Electrophorèse : courbe d'aspect normal.

• tests de flocculation :

Thymol opacification : 30 U.V.

Céphaline cholestérol : +

Kunkel : 48.U.V.

Gros : 1,6 ml.

• Cholémie : 9 mg.°/°.

• cholestérol T : 2,20 g.°/°.

2.- Cholangiocolégraphie intra-veineuse :

La vésicule biliaire est normale, non refoulée.

Les canaux intra-hépatiques sont au complet. La seule anomalie est dans le lobe gauche. Il existe un refoulement du canal hépatique gauche "l'épingle à cheveux est particulièrement resserrée". (D. CAGLI).

3.- Radiographie de l'estomac et du duodénum :

Il existe un refoulement indiscutable de D₁ et D₂ vers la gauche.

4.- Laparoscopie pratiquée par le Docteur ROURES, le 18.11.1960 :

"Toute la région sous-diaphragmatique est occupée par une énorme masse kystique qui descend très bas surtout du côté droit. Au-dessous de cette masse vers la droite on aperçoit, à bout d'instrument, un ligement rond étiré, horizontal qui laisse supposer que la masse kystique est développée au lobe gauche. Mais il a été impossible d'apercevoir même une toute petite partie du foie.

Le kyste lui-même paraissait avoir une paroi membraneuse peu épaisse de teinte nettement bleutée ; par endroits, on voyait des taches foncées nettement bleues, correspondant probablement à une zone plus fine de la paroi.

A d'autres endroits, le kyste était recouvert d'un feuillet rouge congestif qui pourrait être un reste de tissu hépatique étiré. Rote non visible."

5.- Gammagraphie à l'or marqué :

Sur le cliché de face, il existe une amputation du lobe gauche et une compression du lobe droit par la tumeur, sans hypertrophie compensatrice (Fig.1).

Le gammagraphie au Roso bengale marqué montre la même image avec une "cholécystographie" normale.

Les clichés de profil montrent que la tumeur est antérieure.

Le malade fut opérée par le Professeur COUINAUD dont voici le COMPTE-RENDU OPERATOIRE :

"Incision transversale de l'hypochondre droit que l'on agrandit en Rio Branco droit. Enorme kyste qui souffle la totalité du foie gauche, il semble, d'ailleurs, que l'hypertrophie compensatrice du foie droit ne se soit pas produite et l'on est frappé par une réduction très nette du volume de la masse parenchymateuse. Par acquit de conscience, formation du contenu du kyste. Ponction aspiratrice : on retire 3 litres de liquide brun. Le radio-ménomètre par ponction directe du cholédoque montre, après quelques difficultés, un arbre biliaire normal ; il semble que les canaux gauches se perdent sur le pôle inférieur de la masse kystique. Dans le but de réaliser une intervention bénigne, on résèque la totalité du dôme de la masse, en laissant attaché au foie la valeur d'une grande paume de main de paroi kystique, laquelle, est lisse et d'allure séreuse.

Mise en place d'un drain de kohn dans le cholédoque.

2 drains aspiratifs.

Paroi nylons perdus. Pesu nylon."

Dans les suites opératoires, le 2.12.1960 : hémorragie abdominale nécessitant une 2ème intervention. A l'ouverture, il y avait environ 1 litre de sang dans l'abdomen. Près de la paroi du kyste et à côté de la ligature du pédicule principal de ce kyste, une petite artériole qui saigne. Un point en X au fil de lin.

Remise en place du drain de Kehr dans le cholédoque.

Fermeture de la paroi.

Le malade quitte l'hôpital le 20.12. 1960 en bon état.

Examen histologique : Docteur ETEVE.

"Le fragment prélevé correspond à la paroi d'un kyste de taille volumineuse et aux tissus conjonctivo-fibreux voisins. Le kyste a presque partout perdu son revêtement épithélial, qui ne persiste que dans des petites zones avec son aspect cubo-cylindrique de type biliaire, permettant d'authentifier l'origine biliaire du kyste. Au voisinage le tissu conjonctif fibreux a une structure qui est orientée par un grand nombre de cavités plus ou moins volumineuses, bordées par un épithélium biliaire. Autour de ces cavités, le tissu fibreux et fibroblastique s'oriente en manchons donnant à l'ensemble de la lésion un type d'hamartome biliaire."

OBSERVATION N° 5

Madame de M... , 61 ans.

L'histoire apparente de la maladie commence, chez cette patiente, par un accident d'automobile, le 2 Mai 1960.

A la suite de cet accident, on constate l'existence de plusieurs contusions dont une sur la base droite du thorax, sans suites immédiates.

Mais 24 jours après, le 26 Mai, brutalement, se déclenche une douleur violente de l'hypochondre droit, avec fièvre à 38° et inhibition respiratoire. A l'examen, le médecin traitant découvre une submatité de la base droite avec quelques crépitants. Il n'y eut ni toux, ni expectoration.

Le transit intestinal est strictement normal.

Le radiographie du thorax montre une discrète réaction pleurale, mais surtout une ascension de l'hémicoupe diaphragmatique droite, confirmée par un cliché de profil.

Le Docteur CAROLI appelé en consultation découvre une hématomégalie douloureuse et, devant la présence de fièvre, il pense à un hématome infecté du foie ou à une Néoplasie fébrile et pour s'en assurer, il demande d'urgence une gammagraphie à l'or marqué (Au 198) qui fut pratiquée à l'Institut J. CURIE, le 16 Janvier 1961.

Le gammagraphie montre sur le cliché de face une grosse image lacunaire externe sur le lobe droit et une hypertrophie compensatrice du lobe gauche (Fig.2).

Le cliché de profil permet d'affirmer que la lacune est latéro-postérieure.

Le Docteur CAROLI conseille une intervention chirurgicale qui fut pratiquée par le Docteur HEPP à l'hôpital Américain le 19 Janvier 1961 et en voici le :

COMPTE-RENDU OPERATOIRE :

Incision oblique de l'hypochondre droit, exée sur le 8ème côté.

On découvre : le foie normal à gauche, mis à part un très petit nodule fibreux sans caractère près du bord gauche.

A droite : hypertrophie importante et dans son secteur latéral droit, le foie adhère intimement au diaphragme.

La consistance de la zone hypertrophiée est manifestement kystique liquidienne - l'aspect extérieur n'est pas du tout en faveur d'un kyste hydatique ni d'un angiome - l'impression est celle, soit d'un hématome intra-hépatique, mais, en fait, il s'agit d'un kyste essentiel à contenu hématique brunâtre. Il y a du sang hémorragique à la suite du traumatisme. Ponction qui retire un liquide brunâtre dont on demandera l'examen chimique et bactériologique.

Les photographies sont prises une fois la coque du kyste ouverte avec une pince à l'intérieur pour en montrer la profondeur. Les dimensions de la cavité sont celles d'un petit melon. On prolonge l'incision péritéale en dehors sans entamer le rebord chondral en-dedans et en bas à gauche de l'ombilic sur la ligne médiane.

Attendu que le kyste est développé en profondeur au centre d'une lame de parenchyme important, gardent une épaisseur très inégale, on va procéder à la résection du dôme saillant du kyste comme dans un kyste hydatique, quoique le soupçon d'hydatidose ne puisse être envisagé.

On sectionne la paroi kystique à la limite de sa jonction avec le parenchyme hépatique ayant une épaisseur suffisante. Aussi, parvient-on à suturer la moitié ou moins de la poche kystique, ce qui met la cavité très à plat, cavité dont on laisse le fond sur le parenchyme hépatique restant. Pour faire cette mise à plat, il a fallu sectionner le bord antérieur du foie d'avant en arrière - bord dont il restait 2 cm. de parenchyme sain,

Aussi reste-t-il, séparées l'une de l'autre à la résection :

- une languette hépatique externe très bien vascularisée par en arrière,
- une languette hépatique interne para-vésiculaire,
- entre les deux languettes, se trouve la perte de substance du kyste,
- tout le long de la trèche de section, un surjet est mené au catgut,
- surjet passé pour l'hémostase.

Celle-ci paraissent satisfaisante, on laisse dans le fond de la cavité mise à plat, un drain de Redon, sortant par contre-incision droite, ainsi que l'épiploon basculé. Paroi nylon."

L'examen anatomo-pathologique de la paroi du kyste fut pratiqué par le Docteur NEZLOFF, dont voici les constatations :

"Seuls des fragments, séparés, ont été reçus, de ce volumineux kyste hépatique. Certains sont minces, et répondent à la paroi même du kyste ; d'autres sont plus épais, et renferment, visiblement, du parenchyme hépatique.

Aucune végétation, aucune prolifération tumorale n'est présente à l'intérieur de cette cavité. En revanche, il existe des territoires hémorragiques, répondent vraisemblablement à des ulcérations couvertes, secondairement, de dépôts fibrineux,

L'étude histologique montre que ce volumineux kyste s'est développé à partir d'une formation biliaire. En effet, sur certains prélèvements nouveaux, il est possible de voir un revêtement épithélial cubo-cylindrique, unistretifié, morphologiquement identique à l'épithélium assurant la couverture des canaux biliaires extra- et intra-hépatiques.

Cet épithélium repose sur un tissu conjonctif extrêmement dense, dans lequel aucune formation musculaire, aucun élément nerveux n'est présent.

Sur la plupart des prélèvements, cet épithélium disparaît, mettant à jour un tissu conjonctif sous-jacent, dans lequel se produisent des modifications inflammatoires et des hémorragies interstitielles,

Malgré cette réaction inflammatoire, il n'a été vu là aucune manifestation infectieuse surajoutée.

Du côté externe de ce kyste, le tissu conjonctif pénètre assez profondément dans le parenchyme hépatique, où il va rejoindre et enrichir le tissu conjonctif des espaces porta, et des fines lames conjonctives entourent les veines sous-hépatiques. Cette fibrose est régulièrement systématisée, engaine canaux biliaires, artères hépatiques et veine porte, mais ne retentit pas gravement sur le parenchyme hépatique voisin, dont les cellules demeurent, pour la plupart, dans les limites de la normale. En particulier, on n'y voit ni stase biliaire, ni surcharge stéatosique.

Un des prélèvements représente, sans doute, le pédicule de ce kyste car il est formé d'un vaste îlot fibreux, centré par un épithélium continu, du type décrit plus haut.

La biopsie hépatique ne fait que confirmer l'existence de cette fibrose interstitielle, et la bonne tenue histologique des cellules hépatiques.

CONCLUSION :

volumineux kyste uniloculaire, hépatique et sous-hépatique, d'origine biliaire, adhérent intimement, par sa paroi, au reste du parenchyme hépatique."

Les suites opératoires ont été bonnes et le malade quitte l'hôpital guéri.

OBSERVATION N° 6

Madame SOU...., 54 ans.

Fut hospitalisée dans le Service le 22.11.1960 par le Docteur CAROLI pour le diagnostic d'une hépatomégalie.

Antécédents :

- . Ovariectomie gauche pour kyste en 1952,
- . Intervention pour varices en 1958,
- . Séjour de 1 an en Afrique (Guinée et Côte d'Ivoire).

Histoire de la maladie :

Le malade se plaignait, depuis 2 à 3 ans, d'une sensation de gêne à type de pesanteur de l'hypochondre droit, s'accompagnant d'une douleur dorsale droite haute, apparue plus tôt, depuis 10 ans, semble-t-il.

Le 10 Octobre 1960, son médecin traitant découvre une masse de l'hypochondre droit et l'adresse en consultation au Docteur CAROLI, le 7.11.1960. Le Docteur CAROLI trouve une hépatomégalie importante portant surtout sur le lobe gauche et une masse d'allure kystique dans le creux épigastrique, et en raison du séjour colonial de la malade, il pense à un gros kyste hydatique et conseille l'hospitalisation pour examens complémentaires.

Examen à l'entrée, le 22.11.1960 :

Malade en bon état général, présentant cependant une légère asthénie.

Abdomen : hépatomégalie importante :

Le lobe droit est perçu dans la F.I.D. Son bord antérieur est mince. Au creux épigastrique, on sent une masse tumorale qui bombe, elle est lisse, ferme, rénitente, indolore.

Cette hépatomégalie est isolée, il n'y a ni splénomégalie, ni circulation collatérale. Le reste de l'examen est négatif.

Examens complémentaires :

1.- Biologie :

- réaction de Casoni : négative.
- urée sanguine : 0,315°/°.
- bilirubinémie : 12 mg.°/°.
- cholestérol T. : 2,30 g.°/°.
- B.S.P. : 15' : 30,5 %
45' : 12,5 %
- N.G. F.S.

G.R. : 4.750.000

G.B. : 3.400

Hb : 93 %

V.G. : 0,97

Poly neutro : 70

Poly éosino : 2

P. & M. lympho : 12

Grands lympho : 9

Monocytes : 7

Plaquettes ; 200.000

Complexe prothrombique :

= méthode de Quick : 85 %

= méthode différentielle d'Owen : prothrombine : 100 %

proconvertine : 100 %

proscélérine : 100 %

- Culot urinaire : normal.

2.- Radiographie gastro-duodénale : refoulement de la grande courbure antrale et du 2ème duodénum.

3.- Cholangiographie intra-veineuse avec morphine d'emblée et tomographies (technique CAROLI-CORCOS) :

- a.- Sur le cliché en procubitus antérieur gauche, tiré à 15 cm. du plan antérieur, il y a un abaissement du hile et la distance hile-coupe diaphragmatique est augmentée. La tumeur se manifeste par un grand vide radiologique qui affecte la partie supérieure et médiane de l'aire hépatique.

On note en outre que, par un déséquilibre de la bifurcation hilaire le canal hilaire gauche n'est plus relevé vers le haut, mais son abaissement le met sur le prolongement horizontal du canal droit. Les canaux du lobe droit sont, pour la plupart, refoulés vers le bas, sauf la branche d'origine du segment VII. Pour le lobe gauche, ils sont également refoulés vers le bas.

EN CONCLUSION : Il existe un refoulement du hile et des canaux intra-hépatiques, droits et gauches, vers le bas, par une énorme tumeur centrale.

- b.- Sur le cliché pris à 2 heures la vésicule est légèrement déportée en bas et en dehors.

4.- La laparoscopie : Docteur HAFFAR.

"Le foie paraît très augmenté de volume dans ses deux lobes. On note une couleur plus rouge à droite qu'à gauche. Le foie gauche semble normal. Par contre, le lobe droit est globuleux et paraît englober une formation d'allure kystique bloutée, dépressible. A travers des incisions, il laisse apparaître 3 parties du kyste. A bout d'instrument, sous le diaphragme droit, on devine le pôle supérieur de cette formation, recouvert d'épiploon. La vésicule est normale. La rate n'a pas été vue."

5.- La gammagraphie au Rose Bengale marqué met en évidence une grosse lacune centrale refoulant le reste du parenchyme hépatique qui se présente comme un croissant ouvert en haut et à droite (Fig.3). Le cliché de profil montre que la lacune est surtout antérieure.

Malgré le Casoni négatif, le séjour africain de la malade nous fit poser le diagnostic de kyste hépatique géant et la malade fut opérée le 2.12.1960, par le Docteur COUINAUD, dont voici le :

COMPTE-RENDU OPERATOIRE :

"Incision transversale de l'hypochondre droit.

On trouve un foie qui est extrêmement abaissé et dont la face inférieure est souflée par un énorme kyste qui occupe tout l'hypochondre droit sous la coupole diaphragmatique droite ; il semble partout recouvert d'une très mince couche de parenchyme hépatique. Il existe une hypertrophie compensatrice de la partie restant saine du foie droit, face inférieure du lobe droit, lobe carré, et lobe gauche. L'appareil biliaire est normal macroscopiquement. Mais il existe une dilatation considérable des veines viscérales.

D'ailleurs, la pression portale est à + 41 cm. par rapport au plan de la veine porte sur la malade en décubitus dorsal.

Formolisation, aspiration d'un liquide clair dans la seringue, légèrement citrin dans le bocal (on aspire 5 l. de liquide) : la pression portale chute à ce moment à + 20 et la pression veineuse périphérique monte de + 10 cm. à + 20 cm pour redescendre à + 15 cm.

On ouvre un petit peu plus le kyste, et on a la surprise de ne pas trouver de membrane prolifère. Il semble donc qu'il ne s'agisse pas d'un kyste hydatique du foie. La résection, de par le siège du kyste et son étendue, paraît déraisonnable, surtout avec les compressions vasculaires qu'il avait entraînés. D'autre part, son ouverture pure et simple dans la cavité péritonéale peut mener à une sécrétion intra-péritonéale, il ne restait donc plus comme solution qu'une kystectomie, laquelle est certainement une entreprise assez difficile et risquée.

Dans l'attente d'une confirmation du diagnostic (examen du liquide, examen histologique d'un fragment de la paroi du kyste), on décide de faire une réduction sans drainage.

Biopsie de foie en territoire normal.

A noter qu'avant l'évacuation du kyste, on a réalisé une cholangiographie par voie vésiculaire, avec un blocage de l'Oddi à la morphine, mais on n'a pas pu pénétrer très avant dans les voies biliaires intra-hépatiques, et le cholédoque est très déplacé par le volume de la masse.

Drain aspiratif dans l'hypochondre droit, sus-hépatique sortant par une contre-incision.

Paroi nylons perdus, Peu nylon."

Les suites opératoires : ont été satisfaisantes les premiers jours, mais, progressivement, sont apparus :

- une douleur du flanc droit, remontant vers l'épaule,
- une fièvre à 38°.

Un cliché de l'abdomen sans préparation montre que le kyste était le siège d'un niveau liquide, et les clichés successifs montrèrent que ce niveau augmentait progressivement de volume.

Le Docteur A. PARAF pratique une ponction par voie dorsale qui retire 10 cc. de liquide séro-saignant.

Le N.C. F.S., pratiquée d'urgence, montre l'existence d'une Leucocytose à 13.600 avec 87 % de polynucléaires.

Un traitement à base de pénicilline fit disparaître la fièvre mais le liquide se reproduisit et obligea à 2 ponctions de 60 cc. et 250 cc. La douleur devint insupportable, résistante à de fortes doses de Palfium.

Le malade fut réopéré une deuxième fois par le Professeur COUINAUD qui mit un drain dans la poche kystique, mais la mort survint rapidement dans les heures qui suivirent.

Anatomie pathologique :

- 1.- Examen histologique d'un fragment du kyste prélevé lors de la 1ère intervention : (Docteur ETEVE).

"Le fragment examiné correspond à un segment de la paroi du kyste Celle-ci a , au niveau du prélèvement, une épaisseur d'environ 8 mm,

Elle est constituée :

a.- en dedans d'un plan lamellaire, fibreux, sans revêtement interne identifiable :

b.- d'une zone moyenne où l'on observe d'une part :

= quelques formations vasculaires plus ou moins dilatées,

= quelques flots formés de cavités micro-kystiques, bordés d'un épithélium biliaire, entourés d'une sclérose engainante circulaire. L'ensemble constituant de micro-hamartomes biliaires ;

= des vestiges de travées hépatiques plus ou moins dissociées par l'extension de la sclérose, et associées à un grand nombre de néo-caneux.

c.- A l'extérieur existe un plan assez mince de densification, à disposition lamellaire, parallèle, qui paraît correspondre au plan de la capsule peu modifié.

Le kyste paraît devoir être considéré, sur le plan strictement histologique, comme intra-hépatique. Il semble s'agir d'un kyste biliaire. On n'a, en effet, trouvé aucune caractéristique histologique d'un kyste parasitaire."

2.- Examen du foie après autopsie :

a.- L'examen du foie vu par sa face supérieure sous-diaphragmatique montre que le dôme est littéralement soulevé par le kyste, par transparence, on a, par endroits, une coloration vineuse due à l'hémorragie intra-kystique. Le kyste développé au plus profond du foie semble faire hornie à travers le parenchyme hépatique dont les lèvres s'écartent comme celles d'une veste fente.

b.- La face inférieure du foie montre la même dislocation que sur la face supérieure. Le kyste apparaît strictement centro-hépatique ; il écarte vers la droite le lobe latéral droit ; vers la gauche, le lobe latéral gauche et il reste coiffé par le lobe de Spiegel qui a perdu toutes ses connections avec le reste du parenchyme hépatique. L'ensemble du foie, vu par cette face, est strictement superposable à l'image de la gemmagraphie et se présente comme un croissant ouvert vers le haut.

c.- La coupe du foie montre la cause de la mort : il existe un énorme caillot intra-hépatique post-opératoire.

Elle montre aussi qu'il ne s'agit pas d'un kyste solitaire mais d'un double kyste central non communicant.

HISTORIQUE

Pour de nombreux auteurs, le premier cas de kyste biliaire simple fut rapporté par CLOTZ, en 1864. Pourtant, DONALD et GEIST rappellent à juste titre que MICHEL, en 1856, en avait déjà rapporté un cas.

En 1909, VAN HABERER obtient le premier succès chirurgical. Depuis, de nombreuses études d'ensemble ont été faites aussi bien en France qu'à l'étranger.

Rappelons qu'en France on :

- 1923 : CONSTANTINI et DUBOUCHER, dans un important mémoire, firent une étude clinique et anatomo-pathologique détaillée de cette affection.
- 1925 : LENORMANT et CALVET, dans une remarquable étude d'ensemble, rapportant les 66 cas de la littérature auxquels ils ajoutent 25 cas rapportés sans détails par MAYO et HARRINGTON.
- 1947 : MM. DELANNOY et LAGACHE rapportent 5 observations personnelles auxquelles ils ajouteront plus tard une 6ème.
- 1950 : B. NINARD y consacre une partie de son livre sur les tumeurs du foie.
- 1954 : POINSO, MONGES et PAYAN, dans une excellente monographie, font une étude globale de la maladie kystique du foie.
- 1955 : A l'étranger, parmi les études d'ensemble, celle de DONALD et GEIST est certainement la plus étendue puisque ces auteurs rapportent les 193 cas de la littérature dans un tableau détaillé.

Depuis, de nombreux cas isolés furent rapportés.

Nous citerons, parmi les auteurs français :

M. BOURGEON, d'Alger, qui rapporte le premier cas où on trouve une étude du retentissement du kyste sur les voies biliaires et vésiculaires intra-hépatiques par cholangiographie et splénoportographie.

- 1958 : MM. BARIETY et J. HEPP rapportent un cas où une hépatectomie des 2/3 du lobe droit entraîne la guérison de leur malade.

- 1960 : PETIBON consacre sa thèse à un cas où s'associent un kyste biliaire et un hémangiome du foie. Il fait le relevé du nombre total de kystes biliaires publiés dans la littérature et retrouve que ce nombre est de 212.

Nous avons relevé depuis deux observations de M. COURTOIS-SUFFIT, 3 observations publiées dans Chinese Journal of Medicine par CH'EN MING-CHAI, et 1 observation de STEIMLE de Mexico, dont on verra l'intérêt à propos de la thérapeutique.

Toutes ces observations, jointes à nos 6 cas personnels, portent, à notre connaissance, le nombre total de ces kystes à 224.

ETIOLOGIE

Parmi les facteurs étiologiques, nous envisagerons essentiellement : l'âge,
le sexe,
le traumatisme.

1.- AGE

Nous avons observé cette affection à tout âge, puisque l'âge de nos malades s'échelonne entre 22 et 77 ans.

Le Service de notre Maître, le Docteur J. CAROLI, étant un Service d'adultes, nous n'avons pas observé de kystes chez l'enfant. Selon la majorité des auteurs, les kystes biliaires s'observent en effet à tout âge :

2.- CHEZ L'ENFANT :

L'affection serait fréquemment observée chez l'enfant 10 ♀ selon certains auteurs, SCALONE en a rapporté 10 observations chez des enfants de moins de 14 ans. Dans le tableau résumant les 193 cas colligés par GEIST, on retrouve 6 observations chez des enfants de moins de 12 ans, dont l'observation de WHITE qui concerne un enfant opéré à l'âge de 4 mois, alors que l'accroissement progressif du volume de l'abdomen était déjà noté au 15ème jour après la naissance.

3.- CHEZ L'ADULTE :

C'est surtout l'âge moyen de la vie (40 à 50 ans) qui compte le plus grand nombre de kystes biliaires simples. Ces kystes, qui existeraient depuis l'enfance, ne se manifestent parfois que très tardivement.

4.- CHEZ LE VIEILLARD :

L'affection n'est pas, en effet, exceptionnelle. Le malade de notre observation n° 1 avait 77 ans et elle n'avait ressenti aucune douleur. Seul le rétrécissement de ses vêtements à la taille l'avait décidée à venir consulter !

Nous avons retrouvé 4 autres observations semblables : celles de DELANNOY, 78 ans ; WATERFALL, 76 ans ; PATRI, 76 ans ; et COURTOIS-SUFFIT, 75 ans.

2.- SEX E

Toutes nos malades étaient du sexe féminin : 100 % des cas. C'est une proportion excessive étant donné le nombre limité de cas. Mais cette nette prédominance chez la femme a été soulignée par la majorité des auteurs et, en dehors de la statistique discordante de MAYO et HARRINGTON qui trouvent 17 femmes sur leurs 25 observations toutes les autres statistiques montrent que cette affection est de 4 à 5 fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme :

81 % pour LENORMANT et CALVET,
79 % pour POINSON, MONGES et PAYAN.

Cette très nette prédominance chez la femme est encore inexplicée. Notons, cependant, que notre Maître, le Docteur J. CAROLI, a remarqué le même fait assez récemment pour les hémangiomes du foie,

3.- LE TRAUMATISME

Il a été incriminé par certains auteurs, notamment par WALLET-Cuy, ELIASON et BORROMEI. En fait, il s'agit le plus souvent de pseudo-kystes hématiques ou de vrais kystes biliaires jusqu'à latents et révélés par le traumatisme mais non provoqué par lui.

Ce fut le cas dans notre observation n° 5, chez Mme DE...., où le kyste fut révélé par un traumatisme consécutif à un accident de voiture, et qui provoque une hémorragie intra-kystique.

4.- AUTRES FACTEURS

Il semble qu'aucun autre facteur étiologique n'est à retenir. Il n'existe, en particulier, aucun facteur racial ou géographique et l'affection se présente à peu près avec la même fréquence partout sur le globe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Elle a été parfaitement bien étudiée par COSTANTINI et DUBOUCHER, puis par LENORMANT et CALVET.

1.- ANATOMIE MACROSCOPIQUE

- LE KYSTE

- LE SIEGE :

Etait variable chez nos malades. Le kyste siégeait 3 fois dans le lobe droit (c'est, en effet, le siège le plus fréquent), 1 fois dans le lobe carré, 1 fois dans le lobe carré et le lobe gauche, et 1 fois le kyste était central à cheval sur les 2 lobes. Dans 4 observations (1, 2, 3, 4), le kyste avait un développement classique entéro-inférieur. Dans l'observation n° 5, il était latéral externe, et dans l'observation n° 6, il disloquait le foie et émergeait aussi bien à sa face supérieure qu'inférieure. Nous avons fait le relevé des observations de kystes centraux comparables à la nôtre, et nous avons été surpris par leur rareté. Nous n'avons, en effet, retrouvé que 6 observations dues à TERILLO, ROBSON, SCALONE, HILLER, MATHIEU et GALLINDEZ. Nous n'avons pas observé de kystes à développement intra-thoracique, ni dans le ligament suspensoir. Ces kystes sont, en effet, exceptionnels (WATERFALL, WAKELEY, MAC KYN).

- LE VOLUME de ces kystes est variable.

Taille d'un pamplemousse à celle d'un gros melon dans nos observations.

C'est, en effet, ces termes qui reviennent dans la plupart des comptes-rendus opératoires des observations publiées.

- LA PAROI DU KYSTE :

Etait lisse, régulière, arrondie dans 5 de nos observations. Dans l'observation n° 5, la face interne de la paroi du kyste présentait des plèges cruentées ou fibrinoïdes à contours géographiques. L'épaisseur était variable de 1 à 5 mm. selon les kystes et pour le même kyste selon le plan de coupe.

LE CONTENU

Etait variable.

Le volume du liquide n'a été mesuré avec précision que dans l'observation N°6, il était de 5 litres.

La couleur était aussi variable : jaune-citrin, brunâtre, hémorragique dans l'observation N° 5 . Ceci concorde parfaitement avec la description de LENORMANT et CALVET : "... on peut dire que tous les aspects ont été observés, la coloration jaune, verdâtre, grise, brune, blanchâtre, ont été décrites. L'aspect fluide, visqueux, séreux, muqueux, biliaire, sanguinolent, etc ..."

L'ANALYSE CYTO-BACTERIOLOGIQUE DU LIQUIDE :

N'a été pratiquée dans aucune de nos observations.

Elle n'a été que très rarement pratiquée dans les observations publiées :

On a pu trouver des cellules épithéliales souvent très altérées , à peine reconnaissables, provenant du revêtement épithélial de la paroi. Il existe parfois des leucocytes en plus ou moins grand nombre et surtout des hématies qui peuvent être très nombreuses en cas d'hémorragie intra-kystique,

Classiquement, le liquide est stérile, amicrobien. En fait, il n'est pas exceptionnel d'isoler un germe en cas d'infection endogène du kyste (MM. BARIETY et HEPP).

L'EXAMEN CHIMIQUE :

A été correctement réalisé dans notre observation n° 1 où on a trouvé :

= cholestérol total : 1 g. 40 % ; cholestérol estérifié : 0,28 g.°/°° ; rapport 20 %. Lipides totaux : 3,50 g.°/°° ; phospholipides : 0,28 g.°/°° . Protides totaux : 91,6 g.°/°° . Sérine : 62,4 g.°/°° ; globuline : 29,2 g.°/°° . rapport $\frac{S}{G}$: 2,13 . Mucine en très faible quantité.

Ce que l'on peut dire c'est que, contrairement à ce que l'on peut attendre, le liquide n'était pas lié purement et simplement à la sécrétion muqueuse de l'épithélium du type biliaire qui tapisse la cavité du kyste, car il est pauvre en mucine. La quantité de Cholestérol total retrouvée était presque voisine de celle du cholestérol sanguin. Le liquide était riche en albumine.

En réalité, comme le souligne POINSO, des conclusions définitives sur la composition du liquide intra-kystique ne peuvent être données, en raison du petit nombre de cas comportant une étude chimique complète du liquide.

Ceci tient à deux faits principaux :

- Dans la majorité des cas, pensent à la possibilité de kyste hydatique, les chirurgiens ont procédé à une formalisation de ces kystes ,
- Dans les observations où le liquide a été analysé, les éléments dosés sont différents et pour les mêmes éléments les chiffres sont tellement variables qu'il est impossible d'en tirer la moindre conclusion,

- LES CONNEXIONS AVEC LE PARENCHYME HÉPATIQUE VOISIN

Paraissent variables selon les cas :

La paroi du kyste est assez souvent séparée du tissu hépatique par un plan de clivage à peu près oxangue, qui permettrait une ablation facile de ces kystes. Ce fut le cas dans nos deux premières observations.

ZENO rapporte une observation où la poche était tout-à-fait séparée du tissu hépatique : elle venait par simple traction sur la pince.

Mais , parfois, il est souvent difficile d'utiliser ce plan de clivage.

L'accord n'est pas fait à ce sujet entre les auteurs ; certains déclarent qu'il est difficile à amorcer, mais qu'il est ensuite facile à suivre, d'autres disent, au contraire, que s'il se présente bien au début on peut parfaitement ne plus le constater en cours de route

L'état du parenchyme hépatique lui-même est également variable. Deux ordres de faits s'observent :

- L'atrophie du tissu hépatique est souvent signalée. On rencontre fréquemment, comme dans une observation de LÉNORMANT et CALVET, le tissu d'un lobe hépatique réduit à une espèce d'entassement "venant mourir sur le kyste comme une vague sur le plage".

La couleur est modifiée, grisâtre, livide. La cirrhose a été mentionnée dans un grand nombre de cas et les fragments du tissu hépatique prélevés au cours de l'opération ont montré souvent l'existence de travées

de sclérose dissociant le parenchyme hépatique,

- Inversement, on peut constater l'hypertrophie compensatrice du lobe sain. Ce fut le cas dans notre observation n° 5.

II.- ANATOMIE MICROSCOPIQUE

C'est l'examen microscopique de la paroi du kyste qui permet le diagnostic de certitude.

La poche kystique est formée de 2 éléments :

1.- UN REVÊTEMENT INTERNE

En règle, c'est un épithélium aisément reconnaissable. Il peut manquer par place ou être partiellement nécrosé mais il est rare qu'on ne le retrouve pas du tout,

C'est habituellement un épithélium à une seule rangée de cellules hautes, cubiques ou cylindriques, très voisins de celles de l'épithélium des canaux biliaires. On peut rencontrer beaucoup plus rarement un épithélium fait de cellules aplaties ou polyédriques,

Nous avons retrouvé cet aspect typique à cellules cubiques dans toutes nos observations,

2.- UNE PAROI EXTERNE

Elle-même subdivisée en 3 couches, peut différer d'ailleurs les unes des autres :

- a.- LA COUCHE INTERNE : a un aspect de tissu fibreux à dégénérescence myxomateuse. En son épaisseur, on reconnaît fréquemment l'existence de fontes allongées et diverticulaires ou même de petites cavités revêtues du même épithélium que la paroi du kyste. Ailleurs, on reconnaît la présence de tubes épithéliaux pleins, non encore différenciés. On s'accorde à voir là "le partie génétique de la tumeur". Cette couche adénomateuse est presque caractéristique des cytodénomes.
- b.- UNE COUCHE MOYENNE : formée de fibres conjonctives lamelleuses avec quelques cellules et de petits vaisseaux sanguins.
- c.- UNE COUCHE EXTERNE : assez semblable à la précédente, mais contenant souvent des canalicules biliaires dilatés.

Assez souvent, on signale, dans cette couche externe, la présence de petits îlots de cellules hépatiques reconnaissables mais en voie de dégénérescence.

ETUDE CLINIQUE

Les données de l'examen clinique sont d'une grande importance pour le diagnostic.

1.- LES CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE :

Elles sont nombreuses,

1.- Il s'agit parfois de découvertes d'autopsie.

Ceci est assez fréquent alors que la mort est survenue pour une autre raison. Il s'agit, en général, de petits kystes biliaires dépassant rarement la taille d'un oeuf de pigeon.

2.- Soit de découverte opératoire : les malades étant opérés pour une autre raison.

LENORMANT et CALVET citent l'observation d'AMONT dans laquelle, au cours d'une intervention pour hernie ombilicale et au moment de la suture pariétale, on s'aperçut de l'existence d'un kyste occupant tout l'hypochondre droit, d'un volume au moins égal à celui d'une tête d'enfant.

Ces deux premières circonstances donnent bien une idée de l'extrême latence de cette affection.

3.- Parfois, et ceci est relativement récent, depuis l'utilisation de plus en plus fréquente de la laparoscopie, il n'est pas rare d'observer de façon fortuite de petits kystes biliaires. Nous avons eu l'occasion d'en observer deux cas récents dans le Service de notre Maître, le Docteur J. CAROLI.

4.- Rarement, le kyste est révélé par une complication. Nous verrons plus loin cette éventualité à propos de l'évolution de la maladie.

5.- Mais, plus souvent, le début se fait par une augmentation du volume de l'abdomen ou par l'apparition d'une masse de l'hypochondre droit qui attire l'attention du malade. Ce fut le cas dans notre observation n° 1, où le signe qui amena le malade à consulter fut le rétrécissement de ses vêtements à la taille !

Mais, dans la majorité des cas, les kystes se manifestent par des :

1.- SYMPTÔMES FONCTIONNELS :

1.- LA DOULEUR : est le symptôme le plus fréquent.

Nous l'avons retrouvé 5 fois sur nos 6 observations.

a.- Les caractères de la douleur sont très variables. Elle est habituellement légère à type de pesanteur ou de gêne. Parfois, elle est plus accusée, et nous avons retrouvé dans nos observations 3 et 4 de véritables crises douloureuses paroxystiques s'accompagnant de vomissements.

b.- Le siège est aussi variable. Chez nos malades, la douleur siègeait à l'hypochondre droit ou dans la région épigastrique. Mais certains auteurs ont signalé des douleurs de la région lombaire, de la fosse iliaque droite, ou paravertébrale droite plus ou moins haute.

c.- Les irradiations sont inconstantes. Elles peuvent se faire à l'épaule droite, dans la région lombaire, dans l'hypochondre gauche.

Notons que la douleur est, en général, sans rapport avec l'alimentation ni avec le volume du kyste.

2.- LES VOMISSEMENTS :

Sont beaucoup moins fréquents. Nous les avons observés 2 fois sur nos 6 observations. Ils sont faciles, en "fusée", immédiatement post-prandiaux. Ils sont, en général, dus à une compression gastrique par la tumeur. Ceci était particulièrement net dans notre observation n° 2 où le radiographe montrait un refoulement de l'entre et du premier duodénum par le kyste.

3.- DES TROUBLES DIGESTIFS VAGUES : sont souvent signalés. Anorexie, digestions lentes, diarrhée ou constipation sans caractère particulier.

4.- Parfois, l'affection prend le masque d'une ATTEINTE THORACIQUE.

Le fait est exceptionnel et on noterait dans ces cas une dyspnée et des accès de suffocation.

III.- L'EXAMEN CLINIQUE :

a.- Dès l'inspection : Nous avons noté, chez 2 de nos malades (n° 3 - 4) une voussure régulière de l'hypochondre droit, avec élargissement de la base droite du thorax.

b.- En fait, c'est le palpation qui nous a fourni le plus de renseignements :

Nous avons retrouvé dans 5 cas, une tuméfaction, lisse, régulière, indolore, d'allure kystique. Dans 4 de ces observations, elle était rénitente, moins tendue que dans les kystes hydatiques. Ce dernier caractère est très important pour le diagnostic. C'est un signe sur lequel avaient déjà insisté CONSTANTINI, DUBOUCHER, LENORMANT et CALVET. Grâce à cette nuance clinique, notre Maître, le Docteur J. CAROLI a posé cliniquement le diagnostic de kyste biliaire simple dans l'observation n° 4.

c.- L'auscultation était négative dans tous les cas : Nous n'avons noté aucun souffle, aucun bruit anormal.

d.- A la percussion, la tuméfaction était mate, et se confondait avec la matité hépatique.

SIGNES NEGATIFS :

Nous n'avons noté ni frémissement hydatique, ni le classique flot transeabdomino-thoracique.

Mais les faits cliniques les plus remarquables étaient :

1.- Le bonne conservation de l'état général chez tous nos malades.

2.- Le caractère isolé de l'hépatomégalie.

Il n'y avait ni splénomégalie, ni ascite, ni circulation collatérale, ni contact lombaire.

Au terme de cet examen clinique, si, dans la majorité de nos cas, le diagnostic de "kyste" était porté, sa nature nous a échappé 5 fois ; c'est dire la nécessité de certains examens complémentaires.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

I.- LA BIOLOGIE

Nous a apporté que des renseignements négatifs de haute valeur diagnostique.

a.- L'HEMOGRAMME : était strictement normal dans tous les cas où il a été pratiqué. En particulier l'éosinophilie sanguine n'a pas dépassé 3 %.

b.- LES EPREUVES HEPATIQUES FONCTIONNELLES : étaient aussi sensiblement normales dans toutes les observations. Seulo, Madame SOU..., de l'observation n° 6 présentait une légère rétention de la B.S.P., qui était de 30,5 % à 15', et de 12,5 % à 45'.

Devant cette tuméfaction isolée, devant ces épreuves biologiques normales, le diagnostic évoqué a été, le plus souvent, celui de kyste hydatique et nous avons demandé chez tous nos malades :

c.- LES REACTIONS BIOLOGIQUES DE L'HYDATIDOSE : Mais l'intra-dermo réaction de Casani aussi bien que la réaction de WEINBERG étaient négatives dans toutes nos observations.

II.- LES EXAMENS RADIOLOGIQUES :

Nous envisagerons rapidement les renseignements fournis par les examens radiologiques courants (Abdomen sans préparation, estomac-duodénum, colon par lavement baryté, U.I.V.), puis nous insisterons davantage sur la cholangiographie I.V. morphinique dont les résultats nous ont semblé importants.

1.- LES RADIOGRAPHIES DE L'ABDOMEN SANS PREPARATION :

Elles n'ont été pratiquées dans aucune de nos observations. Elles ont montré, dans quelques cas exceptionnels, une zone sombre, mal délimitée de l'hypochondre droit,

2.- LES RADIOGRAPHIES GASTRO-DUODENALES :

Nous ont montré, dans nos observations 4 et 6, un refoulement vers la gauche de la grande courbure entrale, et du premier ou 2ème duodénum.

3.- LE LAVEMENT BARYTE :

N'a pas été pratiqué chez nos malades. Il a permis dans certaines observations, notamment celle de MM. ROUX et PAOLACCI, de délimiter nettement le pôle inférieur du kyste par un refoulement vers le bas du colon transverse et de l'angle droit du colon.

4.- L'U.I.V. :

Dans les cas où elle a été pratiquée, n'a jamais révélé de lésions rénales associées aux kystes solitaires du foie.

5.- LA CHOLANGIOGRAPHIE I.V. MORPHINIQUE AVEC TOMOGRAPHIES :

Il s'agit d'une méthode non opératoire, de visualisation des voies biliaires intra-hépatiques mise au point par notre Maître, J. CAROLI et V. CORCOS.

a.- Technique : Elle comporte 4 points principaux :

1.- L'injection sous-cutanée de 1 cc. de chlorhydrate de morphine, au moment même de l'injection I.V. du produit opaque.

En bloquant le sphincter d'Oddi, elle augmente considérablement la concentration du produit opaque dans les voies biliaires extra et surtout intra-hépatiques.

2.- Incidence et constantes : Le malade est dans la position habituelle en procubitus oblique antérieur gauche. Mais l'ampoule doit être centrée plus haut au niveau du fœs, délimité par la palpation et la percussion.

Les constantes doivent permettre d'obtenir un contraste maximum; (Forte intensité 400 mA, faible voltage 45 à 60 kv; selon l'épaisseur du sujet, temps 1", 2/10).

3.- La tomographie : est une méthode particulièrement précieuse, éliminant les images parasites et donnant une image fine de toutes les ramifications biliaires.

4.- La reproduction au logotron des clichés obtenus, permet une analyse très fine de la remure intra-hépatique.

b.- Résultats :

Nous avons pratiqué une cholangiographie intra-veineuse chez 3 de nos malades (observations 3, 4; 6).

Dans tous les cas, la finesse des images des canaux intra-hépatiques est telle que leur déviation ou leur refoulement sont parfaitement visibles sur les clichés.

Les kystes ont, en effet, refoulé les canaux biliaires intra-hépatiques et provoqué un "vide radiologique", qui correspondait parfaitement au siège de ces kystes.

Nous n'avons observé, dans aucune de nos observations, de communications entre les kystes et les canaux biliaires intra-hépatiques. Cependant, le fait a été signalé par M. BOURGEON, d'Alger, qui, au cours d'une cholangiographie per-opératoire, a découvert deux petites communications entre le kyste et les canaux biliaires.

Mais c'est surtout la meilleure méthode pour préciser les rapports entre les kystes et les voies biliaires extra-hépatiques : vésicule biliaire, cystique et hépato-cholédoque. Ces rapports sont, en effet, très précieux pour le chirurgien.

II.- LA LAPAROSCOPIE :

Est devenue, depuis les travaux de KALK, en Allemagne, de ROYER, en Argentine et de notre Maître J. CAROLI en France, une méthode d'investigation, d'indications de plus en plus larges.

Elle s'impose devant toute tumeur abdominale de diagnostic difficile. Sa technique est très simple et actuellement bien connue, signalons seulement que nous employons le laparoscope du Docteur FOURES qui présente l'avantage d'être de petit calibre, de permettre la palpation par son extrémité porte-lampe et d'avoir de remarquables laparophotographies en couleurs.

Résultats :

Nous avons pratiqué la laparoscopie chez 5 de nos malades. Seule, la malade de l'observation n° 5 a été opérée presque en urgence avant de subir une laparoscopie, car il s'agissait d'une forme compliquée.

Chez nos autres malades, la laparoscopie nous a fourni de précieux renseignements :

- 1.- Elle nous a confirmé dans tous les cas l'appartenance au foie de la tumeur parce cliniquement.
- 2.- Elle nous a permis dans presque tous les cas de préciser la topographie du kyste. Seul le siège exact de l'observation n° 6 nous a échappé, car il s'agissait d'une localisation centrale intra-hépatique à cheval sur les deux lobes.
- 3.- Dans toutes les observations où la tumeur était à développement antéro-inférieur, elle nous a permis d'affirmer le diagnostic de kyste.

4.- Nous avons pu faire le diagnostic de kyste biliaire simple chez 3 de nos malades, sur l'aspect bleuté translucide, comparable à celui d'une vésicule saine, aspect que nous considérons comme presque pathognomonique de ces kystes. Signalons que le Docteur VARAY a publié récemment (1960) une observation où il a retrouvé le même aspect bleuté.

limites :

Mais la laparoscopie ne permet pas d'observer les kystes de siège central intra-hépatique et surtout cet aspect bleuté caractéristique est inconstant. Ce fut le cas dans notre observation n° 1 où la laparoscopie a montré un kyste à paroi blanchâtre identique à celle des kystes hydatiques.

a.- LA GAMMAGRAPHIE

b.- PRINCIPE :

C'est une méthode qui permet d'obtenir une hépatographie par enregistrement scintillographique d'une substance radio-active captée au niveau du foie.

c.- HISTORIQUE :

C'est en février 1958 que notre Maître, le Docteur J. CAROLI, avec la collaboration de MM. JAMMET et RENAULT, montre l'intérêt de cette méthode dans l'étude anatomique et fonctionnelle du foie.

d.- TECHNIQUE :

Elle est extrêmement simple et absolument inoffensive. Elle consiste à injecter par voie intra-veineuse une dose de 500 à 1.000 micro-curies de Roso Bengalo marqué à l'Iode radio-actif I 131 ou de 180 à 200 micro-curies d'or colloïdal marqué (au 198), puis d'enregistrer sur papier, les images hépatiques de face, de profil et de 3/4 obtenues par un scintillographe.

e.- RESULTATS :

Nous avons pratiqué cet examen chez 3 de nos malades (observations 4, 5, 6). Il nous a permis dans tous les cas :

- 1.- d'affirmer avec certitude que la tumeur perçue cliniquement siégeait au niveau du foie,
- 2.- de préciser avec exactitude sa topographie grâce aux clichés de face et de profil ;

- 3.- d'avoir une idée approximative de son volume;
- 4.- de nous renseigner sur l'existence ou l'absence d'hypertrophie compensatrice du lobe sain. Le Docteur VARAY a obtenu les mêmes renseignements par une gammagraphie à l'or (au 198), pratiquée chez son malade.

AVANTAGES

- 1.- C'est une méthode quasi-indolore et totalement inoffensive, puisqu'elle ne comporte qu'une simple et unique injection intra-veineuse.
- 2.- La qualité de l'image hépatographique obtenue est excellente, notamment au niveau du lobe gauche où elle est nettement supérieure à celle obtenue par splénoportographie.
- 3.- Elle peut mettre en évidence des kystes intra-hépatiques non perçus ni soupçonnés cliniquement. Ce fut le cas chez notre malade de l'observation n° 5.

Limites :

Malheureusement, cette méthode ne peut donner de renseignements sur la nature exacte de ces kystes.

V.- LA SPLENOPORTOGRAPHIE :

Nous ne l'avons pratiquée que dans l'observation n° 3. Elle nous a fourni des renseignements topographiques identiques à ceux fournis par la cholangiographie intra-veineuse morphinique.

C'est pourquoi nous estimons qu'étant donné les risques qu'elle comporte, elle a moins d'indications que la gammagraphie et la cholangiographie I.V. morphinique.

Elle a été pratiquée par M. BOURGEON et elle lui aurait donné des renseignements topographiques précieux.

Nous pensons, néanmoins, qu'elle garde un intérêt dans les grands kystes centraux intra-hépatiques, car elle fournit des éléments indispensables pour le chirurgien, et le renseigne sur les rapports entre le kyste et les gros troncs de la veine porte.

EVOLUTION

I.- NON COMPLIQUÉE :

Nous avons déjà signalé l'extrême letence de ces kystes, qui restent remarquablement bien tolérés pendant des années, et qui ne se révèlent parfois qu'à un âge très tardif (76 ans dans notre observation n° 1). Ils sont fréquemment découverts au cours d'autopsie, ou d'interventions chirurgicales pour une toute autre raison.

Parfois, le kyste est perçu par le malade lui-même sous forme d'une tuméfaction abdominale sans aucun trouble associé. Cependant, les complications sont possibles.

II.- LES COMPLICATIONS

Elles ont été remarquablement bien étudiées par LENORMANT et CALVET qui distinguent :

I.- LES COMPLICATIONS MECANIQUES :

Elles sont assez fréquentes et révélatrices de la maladie : Elles sont dues à l'accroissement progressif du volume du kyste qui peut comprimer par ordre de fréquence :

a.- L'estomac : entraînant des vomissements fréquents brusques, en fusée.

Ce fut le cas dans nos 2 observations 4 et 6, où les radiographies de l'estomac ont révélé un refoulement de la grande courbure antroale vers la gauche.

b.- Le colon : nous n'en avons pas observé dans nos observations. La compression entraîne une constipation opiniâtre, avec parfois une altération de l'état général comme dans l'observation de M^{lle}. ROUX et PAOLAGGI où le lavement baryté avait mis en évidence une image de compression extrinsèque au niveau de l'angle droit du colon.

c.- L'hépto-cholédogue : entraînant un ictère franc du type mécanique avec urines foncées et matières décolorées. Et où le traitement chirurgical du kyste entraîne une guérison complète de l'ictère.

d.- La veine porte : Exceptionnelle, révélée par un syndrome d'hypertension portale avec ascite, splénomégalie, circulation collatérale et hémorragies digestives.

c.- L'uretère droit : où l'on cite toujours l'observation de GLOTZ, dans laquelle l'U/I.V. montre une hydronéphrose du rein droit.

B.- LES COMPLICATIONS HÉMORRAGIQUES :

Elles sont assez fréquentes. Nous en avons observé 1 cas (observation n° 5) où il existait une hémorragie intra-kystique post-traumatique révélée quelques jours après un accident de voiture par une douleur vive de l'hypochondre droit avec fièvre et hépatomégalie.

A l'intervention, il y avait un liquide hémorragique à l'intérieur du kyste.

Dans les autres observations publiées, le tableau est en général celui d'un abdomen chirurgical avec douleur aiguë, état de choc, et défense pariétale.

C.- COMPLICATIONS INFECTIEUSES :

- D'origine endogène : où on cite toujours le cas de PLENK où le kyste était au contact même d'un ulcère de la petite courbure gastrique.
- D'origine exogène : devenues exceptionnelles. Elles étaient dues aux ponctions répétées de ces kystes. Actuellement, il est inutile d'insister sur le danger de ces ponctions, qui sont d'ailleurs complètement abandonnées.

D.- COMPLICATIONS DE TORSION :

Elles sont exceptionnelles, car ces kystes sont presque toujours sessiles.

E.- LA DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE :

Contestée et même complètement niée par certains auteurs (Mm. ROUX et PAOLAGGI).

LE DIAGNOSTIC

LE DIAGNOSTIC POSITIF PRÉ-OPÉATOIRE EST-IL POSSIBLE ?

Si l'on se réfère à la plupart des publications, il semble que ce diagnostic n'a presque jamais été porté avant l'intervention, voire même avant l'examen histologique.

Cependant, nous estimons qu'à nos jours, ce diagnostic peut être porté avant l'intervention, avec une haute probabilité.

Il se fait sur :

a.- Des arguments cliniques :

- La perception d'une tuméfaction de l'hypochondre droit, qui évolue depuis des années, qui est lisse, régulière, et surtout rémittente.
- La bonne conservation de l'état général.
- Le caractère isolé de cette tuméfaction.

b.- Des arguments biologiques :

- Tests fonctionnels hépatiques normaux ou sub-normaux.
- Négativité des réactions biologiques de l'hydatidose (CASONI et WEINBERG), absence d'éosinophilie sanguine.

c.- Des arguments radiologiques, gammagraphiques et surtout leperoscopiques.

Le cholangiographie et la splénoportographie permettent le diagnostic de kyste par la présence d'image lacunaire intra-hépatique mais c'est surtout la leperoscopie qui permet de suspecter la nature biliaire du kyste si elle montre une paroi bleutée translucide, comme une vésicule saine.

Nous estimons qu'un tel faisceau d'arguments permet, actuellement, un diagnostic pré-opératoire. Notre Maître, le Docteur J. CAROLI, l'a posé cliniquement dans l'observation n° 4.

2.- LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Se pose essentiellement avec :

1.- LE KYSTE HYDATIQUE :

Il repose sur l'anamnèse (facteurs géographiques, chiens dans l'entourage, etc...);

- des signes anaphylactiques, tels que des poussées d'urticaire généralisées surtout si elles sont associées à une nette éosinophilie sanguine ;
- sur l'examen clinique, qui met en évidence une tuméfaction plus dure, plus tendue, ou si on perçoit le classique frémissement hydatique ;
- les réactions biologiques de l'hydatidose, si elles sont positives (CASONI et WEINBERG) ;
- la radiographie de l'abdomen sans préparation est formelle si elle montre une image calcifiée à contours très nets, comme "tracés au compas" ;
- la laparoscopie montre, en général, un kyste à paroi blanchâtre ou rougeâtre.

2.- L'HEMANGIOME DU FOIE :

Est également plus fréquent chez la femme et associe une tuméfaction de l'hypochondre droit avec une bonne conservation de l'état général. Le diagnostic repose sur la perception d'un souffle continu à renforcement systolique à l'auscultation, sur l'existence d'autres angiomes associés, notamment cutanés, mais surtout sur les données de la laparoscopie qui montre une tumeur "hémétique, rouge, vineuse ou violacée".

3.- L'HYDROCHOLECYSTE :

Est, en général, accompagné de douleurs vives de l'hypochondre droit et d'ictère.

Le diagnostic repose sur les antécédents de coliques hépatiques et surtout sur les radiographies des voies biliaires qui mettent en évidence une énorme vésicule presque toujours calculeuse.

Le diagnostic différentiel se pose d'une façon rarissime avec :

- . le lymphangiome du foie,
- . le kyste dermoïde du foie,
- . la dilatation kystique du cholédoque,

mais, dans ces cas, le diagnostic est surtout opératoire et histologique.

TRAITEMENT

Il est uniquement CHIRURGICAL.

METHODES

Les différentes techniques pratiquées par la majorité des chirurgiens sont au nombre de cinq :

- 1.- La marsupialisation,
- 2.- Le drainage interne,
- 3.- L'énucléation complète,
- 4.- La résection partielle,
- 5.- L'hépatectomie.

1.- LA MARSUPIALISATION :

Elle consiste à serrer le périmètre du kyste à la peau.

Elle a pour avantages d'être peu choquante et facile à réaliser. Malheureusement, ses inconvénients sont nombreux et désagréables :

- les cicatrisations durent très longtemps, des semaines et parfois des mois ;
- les récidives sont nombreuses,
- les surinfections sont possibles,
- elle se complique de fistules très tenaces.

C'est une méthode qui est tombée en discrédit et ce n'est que la main forcée que les chirurgiens l'utilisent :

- chez les sujets très âgés en mauvais état général, ne pouvant supporter une longue intervention ;
- en cas d'urgence : kystes compliqués avec état de choc ;
- en cas de kystes intra-hépatiques occupant tout un lobe. Mais, même dans ce dernier cas, elle a été détrônée par l'hépatectomie réglée.

I.- LE DRAINAGE INTERNE :

Per kysto-anastomose, n'a guère rencontré le faveur des techniciens. Il consiste à anastomoser le kyste avec l'estomac, le duodénum, la vésicule biliaire ou l'intestin grêle.

EVERIDGE (1916), l'a réalisé sur le duodénum par kysto-duodénostomie et obtenu une guérison rapide de son malade.

MANHEIMER (1953) a réalisé une kysto-gastrostomie et obtenu également la guérison de son malade.

Cependant, la majorité des auteurs ont renoncé à ces méthodes par crainte de surinfection du kyste par le contenu du tube digestif.

Meis STEIMLE, de Mexico, a publié récemment (1960) une observation fort intéressante dans laquelle, devant l'existence d'un kyste qui lui semblait inextirpable, il a réalisé une kysto-jéjunostomie sur anse jéjunale exclue montée en "Y" et obtenu une guérison rapide de son malade.

M. COURTOIS-SUFFIT ne lui accorde aucune indication dans les kystes biliaires. Nous estimons cependant, pour notre part, que cette technique est excellente et mérite une plus large indication dans les cas de kystes centraux. C'est pourquoi nous regrettons de ne pas l'avoir employée chez notre malade de l'observation n° 6.

II.- L'ENUCLÉATION COMPLÈTE :

du kyste est l'intervention idéale et complètement radicale. Elle est très facile à réaliser quand il existe une membrane qui sépare le kyste du reste du parenchyme hépatique.

Elle est parfois plus difficile et surtout assez hémorragique quand cette membrane fait défaut.

IV.- LA RESECTION PARTIELLE DU KYSTE :

Est également une excellente intervention. Elle consiste à réséquer la partie superficielle du kyste et à laisser en place le fond de la poche.

Elle est surtout indiquée en cas de gros kystes superficiels dont le fond est intimement collé au parenchyme hépatique.

L'HÉPACTECTOMIE :

- Elle est parfois atypique, emportant le kyste et la partie avoisinante du foie. Elle a l'avantage de respecter le parenchyme hépatique sain, mais elle a l'inconvénient d'être assez hémorragique.
- L'hépatectomie réglée est devenu, depuis les travaux de MM. L. JACOB et C. COUINAUD, une intervention idéale dans certains cas de kystes géants occupent tout un lobe. Elle a l'avantage d'emporter complètement le kyste, mais son inconvénient est de nécessiter une équipe chirurgicale très entraînée à cette technique.

RESULTATS :

Nous avons pratiqué, chez nos 6 malades :

- . 3 énucléations complètes (observations 1, 2, 3) ;
- . 2 résections partielles (observations 4 et 5).

Dans tous les cas, les résultats ont été excellents et nous avons obtenu la guérison complète de nos malades.

Malheureusement, chez notre malade de l'observation n° 6, devant la localisation atypique centrale à cheval sur les deux lobes, le chirurgien a réalisé une réduction sans drainage, technique proposée par les auteurs algérois pour les kystes hydatiques inextirpables, qui consiste à inciser, évacuer et suturer les parois du kyste.

L'issue de cette intervention fut fatale pour notre malade. C'est dans ce dernier cas que l'on s'est demandé si la kysto-jéjunostomie sur anse jéjunale exclue n'aurait pas sauvé cette malade.

CONCLUSIONS

Nous rapportons 6 observations personnelles de kystes biliaires simples.

- 1.- Parmi les FACTEURS ETIOLOGIQUES, retenons que ces kystes s'observent à tout âge et qu'ils sont nettement plus fréquents dans le sexe féminin : 100 % des cas dans nos observations.
- 2.- LES CARACTERES ANATOMO-PATHOLOGIQUES :
 - Macroscopiques étaient classiques dans 4 observations .
 - o dans l'observation n° 5, il y avait une hémorragie intrakystique post-traumatique ;
 - o quant à l'observation n° 6, elle est exceptionnelle : il s'agissait d'un kyste central double non communicant disloquant le foie.
 - Microscopiques : dans tous les cas, nous avons retrouvé l'épithélium cylindro-cubique caractéristique de ces kystes.
- 3.- LA SYMPTOMATOLOGIE FONCTIONNELLE se résume à une douleur de l'hypochondre droit ou de la région épigastrique sans caractère précis. Seule le malade de l'observation n° 1 n'a ressenti aucune douleur.
- 4.- A L'EXAMEN CLINIQUE, nous avons retrouvé une masse palpable, indolore, lisse dans 5 observations. Elle était rémittente 4 fois. Toutes nos malades avaient conservé un excellent état général et l'hépatomégalie était isolée.
- 5.- Parmi LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :
 - a.- La laparoscopie a été pratiquée dans 5 cas. Elle nous a montré 4 fois une masse blutée translucide, caractère que nous considérons comme presque pathognomonique de ces kystes biliaires.
 - b.- La gammagraphie au Rose Bengale ou à l'or marqués nous a toujours fourni un renseignement topographique précis.
 - c.- La cholangiographie intra-veineuse morphinique avec tomographies nous a précisé, outre la topographie, les rapports du kyste avec les voies biliaires intra- et extra-hépatiques.

d.- Quant à la splénoportographie, nous ne l'avons pratiquée que dans un seul cas. Nous estimons qu'avec moins de risques, les renseignements fournis par la gammagraphie sont au moins comparables sinon supérieurs,

Nous croyons cependant qu'elle garde un intérêt dans les kystes centraux pour le choix de la technique opératoire.

16.- LE DIAGNOSTIC POSITIF REPOSE :

a.- Sur les données de la clinique :

. masse rémittente , conservation de l'état général et caractère isolé de l'hépatomégalie ;

b.- sur les données de la laparoscopie :

. caractère bleuté translucide du kyste

c.- sur la négativité des réactions biologiques de l'hydridose,

17.- LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL SE POSE :

- Essentiellement avec le kyste hydatique ;

- plus rarement avec la dilatation kystique du cholédoque, l'hémangiome, et exceptionnellement avec le lymphangiome.

18.- LA THERAPEUTIQUE est exclusivement chirurgicale.

- 3 de nos malades ont eu une énucléation complète ;

- 2 une résection partielle du kyste.

- dans la 6ème observation, le kyste était inextirpable et on s'est contenté d'une réduction sans drainage dont l'issue était fatale.

C'est dans ces cas de kystes centraux inextirpables que nous pensons qu'une anastomose du kyste avec une anse jéjunale exclue est indiquée.

VU et PERMIS d'IMPRIMER :

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

J. S A R R A I L H

Le DOYEN de la FACULTE de MEDECINE
de PARIS :

Le PRESIDENT de la THESE :

L. B I N E T

JUSTIN-BESANCON

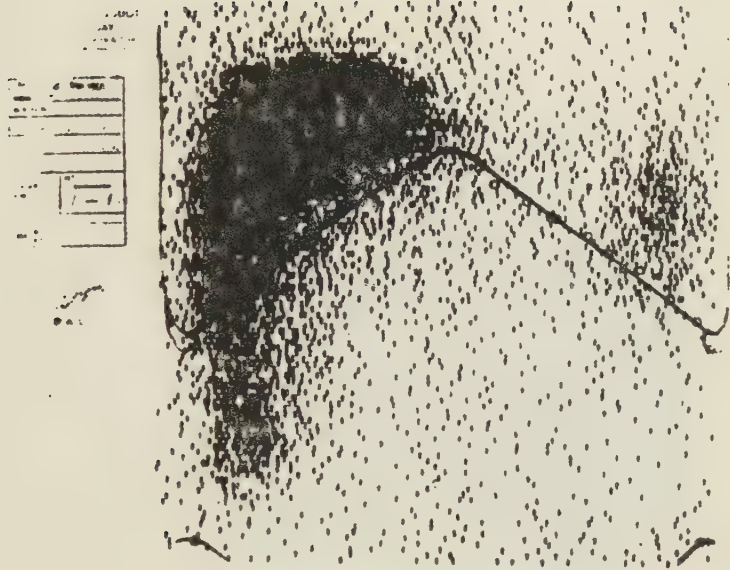


Fig. 1

Gemmographie à l'or marqué, Au 198

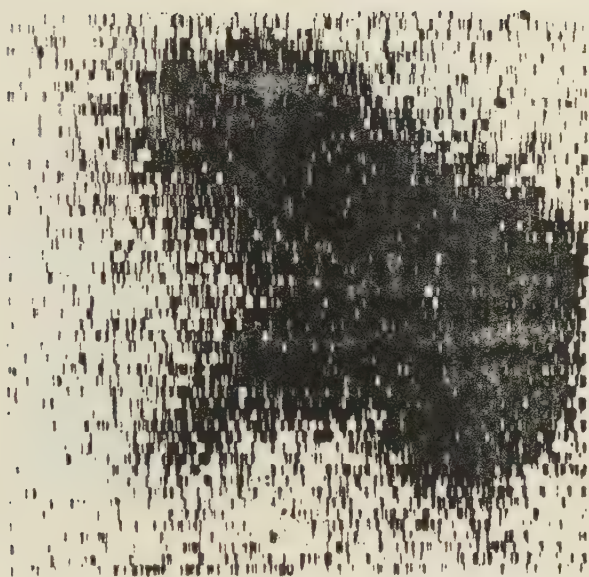


Fig. 2

Gemmographie à l'or marqué. Au 198

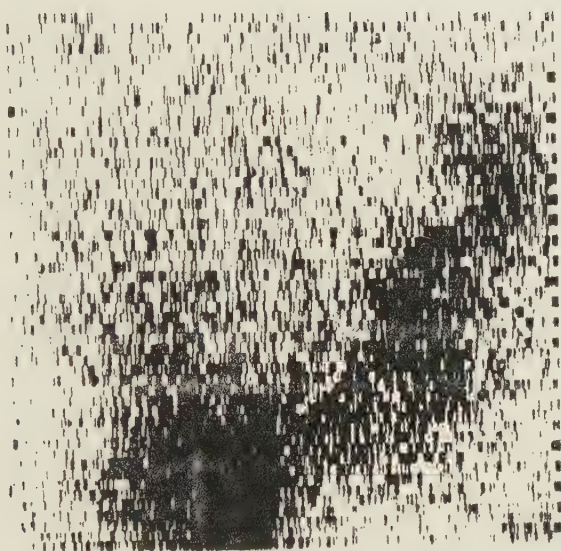


Fig. 3

Gammagraphie au Rose Bengale marqué (I_{131})

BIBLIOGRAPHIE

ABOLFATTI

Kyste solitaire non parasitaire du foie.
La semaine des Hôpitaux (suppl.) 28, 1952, p. 141-143.

ADLER

Dégénérescence maligne d'un cytodénome du foie.
Zentralblatt für Chirurgie 64, 1937, p. 1205-1209.

AUGUSTE C., DELANNOY E., TACQUET A.

Adénome biliaire kystique
Archives des maladies de l'appareil digestif 41, 1952,
p. 957-960.

BARIETY M., HEPP, GADJOS A., COURY C.

Un cas de kyste dysembryoplasique solitaire du foie
d'origine biliaire.
Bulletins et Mémoires de la Sté Méd. des Hôp. de Paris,
séance du 7.3.1958, p. 219-224.

BORROMEI F.

Contribution à l'étude des grands kystes solitaires du foie.
Thèse Lyon 1943, n° 141.

CARAVATTI C., WATTO T., HOPKINS J., KELLEY F.

Kyste bénin solitaire non parasitaire du foie.
Gastro-enterology 14, 1950, p. 317-320 .

CAROLI J., SOUPAULT P., KOSSAKOWSKY J., PLOCKER L.

La dilatation polykystique congénitale des voies biliaires
intra-hépatiques.
Essai de classification.
Le Sem. des Hôp., 1er Février 1958, p. 128-35.

CHARRIER M.

Maladie polykystique localisée du foie,
Intervention - Guérison.
Bulletins et Mém. de la Sté Nationale de Chirurgie,
séance du 22 Octobre 1930, p. 1131-34.

CH'EN MING-CHAI

Chinese Medical-Journal Février 1960.

CLAGETT O.T., HAWKINS W.J.

Maladie kystique du foie. Observation d'un cas.
Annals of Surgery 123, 1946, p. 111.

CONSTANTINI H., DUBOUCHER H.

A propos des adénomes biliaires kystiques (adénokystomes
ou cytedénomes) et spécialement des grands kystes
chirurgicaux du foie.
Journal de Chirurgie, 21, 1923, p. 1-25.

COURTOIS-SUFFIT

Cytedénomes biliaires et maladie polykystique du foie.
Le Semaine des Hôp, N° 107, 28 Déc. 1960, p. 3408-3414.

COURTY L., BECQUET R.

Les grands kystes solitaires non parasitaires du foie.
Revue Médico-Chirurgicale des maladies du foie 22, 1947,
p. 27-42.

DAVIS C.R.

Kyste non parasitaire du foie.
The American Journal of Surgery 35, 1937, p. 590-34.

DELANNOY E., LAGACHE G.

Adénomes biliaires kystiques (A propos de 5 observations
personnelles) .
Archives des maladies de l'appareil digestif 36, 1947,
p. 452-456.

DESSER P.L., SMITH.

5 cas. Kystes non parasitaires du foie chez les enfants.
Journal of Mediastrics . 49, Sept, 1956, p. 297-306.

FREDE T M., BERNIER E.

Volumineux kyste solitaire non parasitaire du foie, traité
par marsupialisation, suivie de fistulo-antéro-
anastomose
Mémoires de l'Académie de Chirurgie 82, 1956, p.475-477.

GEIST D.C.

Kyste solitaire non parasitaire du foie.
Archives of Surgery 71, 1955, p. 867.

HASHEMIAN H., JAMES T.G.I.

Kystes non parasitaires du foie.

British journal of surgery 42, 1955, p. 405-407.

HANSON S.W.

Tumeurs bénignes du foie (III) : kystes solitaires .

Surgery, Gynecology and obstetrics 103, 1956, p. 607-612.

HOFMANS A.F.

Grand kyste solitaire non parasitaire du foie.

Acte-chirurgical-Belgique 1955, p. 934-46.

LEBON J., BOURGEON R., CLAUDE R.

Kyste solitaire du foie.

Arch. des maladies de l'appar. digestif 2, 1955, p. 1274-1277.

LENORMANT C., CALVET J.

Les kystes non parasitaires du foie

Journal de chirurgie 45, 1935, p. 715-745.

LEQUELLEC

Contribution à l'étude des adénomes kystiques solitaires
du foie.

Thèse Paris 1947, n° 796.

MALLET Guy et AUFRERE.

Kyste non parasitaire du foie. Exérèse. Etiologie traumatique
possible.

Lyon chirurgical, Juillet 1936, n° 4, p. 507-510.

MORELLI L., BALDRATI F.

A propos des kystes solitaires du foie.

Archivio-Italiano di-chirurgica 81, 1956, p. 333-48.

MATHIEU

Dyshépatozome kystique

Bull. et Mém. de la Sté Nationale de Chirurgie, t = 56, n°12
26 Mars 1930.

NINARD

Tumeurs du foie.

Edition Le François 1950.

PENDLETON W.C., CASTILLE E.A.

Kyste solitaire non parasitaire du foie.

California Medecine 84, 1956, p. 358-360.

PETIBON René.

Enorme kyste solitaire du foie, contribution à l'étude
de la laparoscopie et de la gemmographie dans le
diagnostic des kystes hépatiques.
Thèse Paris 1960.

POINSO R., MONGES H., PAYAN

La maladie kystique du foie.
Expansion scientifique française 1954.

PRETE A.

Les kystes solitaires considérés comme lésions segmentaires
dysontogéniques.
Giornale Italiano di Chirurgia, 11, 1955, p.1241-54.

ROSENBERG E.V.

Kystes solitaires non parasitaires du foie.
American Journal of Surgery 91, 1956, p. 441.

ROUX M., PAOLACCI J.

Un cas de kyste solitaire non parasitaire du foie (Cytadé-
nome biliaire).
Archives des maladies de l'appareil digestif 1, 1957, p.317-26.

SCALONE

Contribution à l'étude des gros kystes biliaires du foie
chez l'enfant.
Il polinlinico Vol. 31, 1924, p. 260-274.

SPRIET et CHAM-SIY

Volumineux kyste non parasitaire à symptomatologie aiguë,
résection partielle, guérison.
Bull. et Mém. de l'Académie de Chirurgie 74, 1948, p. 568-69

STEIMLE P., STEIMLE R. et ITURBE ZABALETA

Les kystes solitaires non parasitaires du foie. Présentation
d'un cas.
Ann. de Chirurgie Vol. 14, 7-8, 1960, p. 447-446.

TUFFIER M.

Kyste non parasitaire du foie, angiome biliaire.
Bull. et Mém. de la Sté de Chirurgie 38, 1912, p.1252-61.

VAN DER HOEDEN, DELOYERS L., DUSTIN F., DUPREZ

Kyste solitaire non parasitaire du foie (cytadénome biliaire)
Sté Nouv. Franç. de Gastro-Entérologie, séance du 9.3.58;
p.538-532.

MARAY A., FLABEAU F., ORCEL L., BERTHELOT J., BATISSE et ALVAREZ de TOLEDO

Enorme kyste du lobe gauche du foie coïncidant avec un
angiome et une maladie microkystique. Diagnostic
par leperoscopie et gammagraphie. Hépatectomie gauche.
Contribution à l'étude des malformations associées du foie
Colloque des maladies du foie et des voies biliaires.
Hôp. St-Antoine, séance Avril 1959.

WAKELEY C.P., MAC-MYN D.J.

Kystes non parasitaires du foie.
Lancet 1931, p. 675-680.

WATERFALL M.C.

Kyste géant du foie.
Proceeding of the Royal Society of Medicine, Mai 1956,
p. 317-318.

WHITE M.

Kyste solitaire du foie chez un enfant de 4 mois.
Archives of diseases in childhood, II, 1936., p. 319-321.

ZENO A., CID M., CAURESO

Cystadénome du foie.
Bull. et Mém. de la Sté Nationale de Chirurgie, 56;
1930, p. 416-429.

